

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

97

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Décembre 1901

PAR

Fr. STEPINSKI

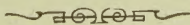
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DES ÉPULIS

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
BROCA André, agrégé.
GOSSET, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine Dubois, 4

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550231_0056

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Décembre 1901

PAR

Fr. STEPINSKI

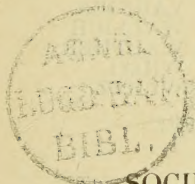
Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

DES ÉPULIS

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
BROCA André, agrégé.
GOSSET, agrégé.

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine Dubois, 4

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.
	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophtalmologique.	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	BUDIN.
Clinique d'accouchement.	PINARD.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRÉ	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA, Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	Vaquez
BROCA, André	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
			WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*qui a su me rendre le courage,
quand le malheur m'a frappé.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'académie de médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Pendant les deux ans que nous avons passés à l'hôpital Bichat, nous avons pu apprendre à connaître en lui tout autant le clinicien parfait que le savant modeste. Nous avons eu surtout sous les yeux, en nous habituant à la véritable asepsie, l'exemple journalier du chirurgien consciencieux jusqu'au scrupule.

Qu'il nous permette de lui dédier cette thèse, en témoignage de notre vive gratitude et de notre respectueuse admiration.

Nous garderons toujours un excellent souvenir des années, trop courtes, hélas, que nous avons passées à l'hôpital et c'est avec un profond regret que nous avons dû cesser brusquement d'aller entendre l'enseignement de nos maîtres !

MM. le Dr Péraire, le Dr Achard et le Dr Florand ont bien voulu nous initier aux premiers éléments de la chirurgie et de la médecine : nous les remercions de la sympathie qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Nous avons perdu l'un de nos premiers maîtres de l'externat, le Dr Delpeuch, et nous garderons toujours le souvenir de sa mémoire.

Que le Dr Hartmann, dans le service du professeur Terrier, et le Dr Duguet, qui nous ont appris la clinique et la critique judicieuse du diagnostic, reçoivent aussi tous nos remerciements.

Nous n'oublierons jamais non plus ce que nous devons à nos anciens maîtres des hôpitaux, MM. les Drs Picqué, Maucclair, Guillemain, Gouguenheim, Malherbe, Gosset, Cruet, Cunéo et Sébilleau, qui nous a donné l'idée de cette thèse. Nous ne saurions terminer sans remercier également notre savant ami, le Dr Nelis, qui nous a aidé dans toute la partie histologique de ce travail.

HISTORIQUE ET GÉNÉRALITÉS

Par le mot *épulis* (επι sur, ουλον la gencive), on a simplement voulu qualifier pendant longtemps une tumeur quelconque siégeant sur la surface de la gencive, par opposition au mot *parulis*, qui voulait dire toute tumeur développée à côté de la gencive.

Au reste, le mot fort commode avait l'avantage de ne rien dire sur la nature de la tumeur, et c'est ainsi que pendant longtemps, on a compris sous ce nom les tumeurs les plus diverses.

C'est à peine si les kystes en étaient nettement séparés, et jusqu'à 1840 et plus tard même, on décrit comme épulis aussi bien les cancers, les sarcomes, les tumeurs érectiles, que les simples abcès et les fongosités les plus bénignes des gencives : depuis Galien, qui en parle déjà, la classification n'avait pas changé.

Quant à l'anatomie pathologique de ces tumeurs, c'est Ambroise Paré le premier qui en a fait une description assez exacte : « Épulis est une excroissance de chair qui se fait aux
« gencives entre les dents, qui, peu à peu, croît, quelquefois de
« la grosseur d'un œuf ou plus, de façon qu'elle garde de parler
« et de mâcher, jetant une humidité saliveuse d'odeur fétide ;
« et souvent se tourne en chancre, ce que l'on connaîtra par
« la douleur, chaleur et autres accidents ; et lors n'y faut toucher
« par l'œuvre de mains. Mais, à celle qui n'est douloureuse,
« on la pourra extirper, ce qui se fera en la liant et serrant
« avec un fil double jusqu'à ce qu'elle tombe, puis étant chute,
« faut cautériser sa racine ou autrement reviendrait avec un
« cautère canulé dessus décrit ou avec un potentiel comme huile
« de vitriol ou eau forte, si proprement appliqué qu'il ne fasse
« lésion aux parties saines. J'en ai amputées qui étaient si grosses
« que parties d'icelles sortaient hors de la bouche : qui rendait

« le malade fort hideux à voir et jamais aucun chirurgien n'en
« avait osé entreprendre la guérison à cause que la dite excrois-
« sance était de couleur livide et je considérais autre cette livi-
« dité qu'elle n'avait point un peu de sentiment ; donc, je pris
« la hardiesse de la couper puis cautériser, et la malade fut
« entièrement guérie, non toutefois en une seule fois, mais à
« plusieurs, à cause qu'elle repullulait, combien que je l'eusse
« cautérisée. Et qui en était cause, *était une petite portion de l'os*
« *de l'alvéole où sont insérées les dents qui était altéré et pourri.*
« J'en ai souventes fois trouvées qui par long espace de temps
« s'étaient dégénérées en cartilages, voire en os ; et partout,
« le plus tôt qu'il sera possible, on viendra à la *curation*. Car,
« lorsqu'elles sont petites et non enracinées, sont plus faciles à
« curer, d'autant qu'on trouve seulement une humeur glaireuse
« dedans qui, petit à petit, s'endurcit et les rend très difficiles
« à curer. »

Pour ancienne qu'elle soit, c'est là en quelques lignes une description presque exacte de l'épulis avec ses variétés et son évolution.

Mais après lui, ces tumeurs ne font l'objet d'une étude approfondie que vers la fin du siècle dernier. Jourdain, en 1778, qui va jusqu'à appeler épulis les lésions gingivales du scorbut, reconnaît cependant le *scléro-sarcome* ou sarcome des gencives, qu'il sépare des varices gingivales.

Begin admet, dans le Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, deux variétés d'épulis : l'une, molle, spongieuse et très vasculaire ; l'autre, au contraire, dure et incompressible, composée de tissu serré, très peu vasculaire : c'est presque la division actuelle de l'épulis en tumeur sarcomateuse et fibromateuse.

Mais en 1836, Marjolin et Bérard rangent encore sous la même étiquette le cancer, les tumeurs érectiles et les fongosités, reconnaissant pour origine commune à toutes ces tumeurs, la carie dentaire.

En 1845, Lebert (Physiol. pathol. d'après Müller) commence à faire des études microscopiques de ces tumeurs qu'il déclare nettement sarcomateuses : « Nous donnons, dit-il, aux sarcomes
« le nom de tumeurs *fibro-plastiques*, vu que nous avons affaire

« à un tissu qui n'est autre chose que du tissu cellulaire en voie
« de formation accidentelle. »

C'est déjà se rapprocher singulièrement de la définition actuelle du sarcome.

Lebert reconnaît dans ces tumeurs les grandes cellules mères multinucléées, les corps fusiformes de globules fibroplastiques allongés, les petites cellules arrondies à noyaux très marqués. Et se basant sur cette notion anatomo-pathologique, il sépare nettement le cancer du sarcome, tant au point de vue du pronostic que du traitement.

En 1847, A. Nélaton, sans admettre la division bien établie par Lebert, déclare ne diviser toutes les tumeurs des gencives ou épulis que par quelques caractères symptomatologiques. Et ce n'est qu'en 1849 que le professeur Robin, reprenant les idées de Lebert, montre que les éléments spéciaux décrits dans les sarcomes sont les parties essentielles de la moelle des os, *nédullocelles* ou *myéloplaxes*.

Les cellules peuvent se multiplier et « de là résulte la production d'un tissu pathologique dans lequel elles prédominent, mais qui, bien que différent de la moelle, dérive d'un de ses éléments naturels qui a augmenté de quantité. Ces tumeurs sont particulièrement de celles qui ont été appelées ostéosarcomes ou épulis. »

En Angleterre, Paget confirme ces résultats et appelle ces tumeurs, tumeurs *myéloïdes*.

En 1857, Saurel, dans la Revue thérapeutique du Midi, tente une description de l'épulis, en se basant sur un certain nombre de cas observés par lui et recueillis dans des ouvrages antérieurs ; mais là encore, nous voyons figurer, à côté de la forme fibreuse, et sarcomateuse, des tumeurs érectiles, des fongosités banales et du cancer : la question n'a donc guère avancé.

En 1860, paraît l'importante thèse de E. Nélaton, dans laquelle on trouve très nettement exposée la marche clinique de ces tumeurs. De plus, continuant les recherches anatomo-pathologiques, il indique l'existence de modifications sérieuses dans le pronostic de cette affection ; suivant que les cellules à myéloplaxes se trouvent mêlées plus ou moins intimement à des éléments fibro-plastiques.

Ce n'est que plus récemment que des recherches nouvelles de Cornil et Ranvier, Virchow, Billroth et d'autres, ont modifié les notions sur les sarcomes : nous les reverrons du reste au chapitre de l'anatomo-pathologie.

Pour être complet, il nous faudrait encore citer une quantité de noms d'auteurs qui se sont occupés de la question. A dessein, en traçant une esquisse historique que nous voulons rapide, nous avons dû omettre de citer les travaux de Manget, Lévillé, Giralès, Samuel Cooper, Forget, Vidal de Cassis, Gray, Rokitski et autres.

De même, après Nélaton, nous ne ferons que rappeler en passant les articles de Verneuil, de Magitot, plus tard celui de Broca et les traités classiques, les thèses inaugurales de Gœury en 1880, de Philippeau en 1886 et de Gruet en 1900.

En résumé, quelle est actuellement l'opinion générale sur l'épulis ? Quelles tumeurs y faut-il faire rentrer ? Ici, les avis sont encore partagés. Quelques auteurs n'admettent comme épulis que le sarcome superficiel ; d'autres (Mellville Wassermann et d'autres), rangent encore sous l'étiquette d'épulis tous les néoplasmes prenant naissance sur le prolongement dentaire (Zahnfortsatz) du maxillaire et ils les divisent en tumeurs de granulations et sarcomes. Mais la plupart, ainsi que le dit Gruet dans sa thèse, « reconnaissent deux genres de néoplasmes, le « fibrome et le sarcome, nés de la charpente osseuse du bord « alvéolaire, et qui, tant par leur point de départ que par leurs « symptômes, leur évolution et leur marche habituelle, paraissent former un ensemble, un tout, ayant une individualité « bien nette et bien marquée. »

Nous verrons au chapitre de l'Histologie que nous classons sous le nom d'Épulis *anatomiquement*, les tumeurs conjonctives (tissus muqueux, fibreux, sarcomateux [moins le sarcome globocellulaire ou encéphaloïde] et leurs mélanges, plus l'ostéofibrome, le chondrofibrome, l'ostéosarcome et l'ostéofibrosarcome), ainsi que les tumeurs mixtes épithélio-conjonctives [adjonction de l'épithélium aux tissus précédents] ; *cliniquement*, en nous rangeant à l'opinion générale exposée par Gruet, toutes les tumeurs véritables (donc pas les fongosités et bourgeons charnus) et bénignes de la gencive.

Au reste, dans ce travail, ce que nous avons voulu faire, c'est une classification raisonnée basée sur l'anatomo-pathologie, étude qui légitime les indications nettes du traitement posées par nous.

Pour être complet, nous avons rédigé les autres chapitres, de façon à faire un tout, mais cela en passant et rapidement, puisque ces divers points avaient été bien traités précédemment et qu'on les retrouve avec détail dans les 134 observations sur lesquelles repose cette thèse.

ÉTIOLOGIE

Il est assez difficile, comme du reste, quand on s'occupe de l'étiologie de toutes les tumeurs, en général, de retrouver une cause véritable à l'origine des épulis.

On a voulu relater quelques cas d'épulis congénitales (Gore, Neumann, in *Traité de chirurgie*, art. de Broca), mais encore n'est-on pas du tout fixé sur la nature exacte des tumeurs ainsi décrites.

Comme causes générales, on ne retrouve là ni l'hérédité néoplasique, ni l'arthritisme, causes invoquées parfois.

L'âge en revanche paraît être une cause adjuvante à remarquer. En effet, l'examen statistique de 116 des cas que nous relatons et où nous avons des indications exactes, nous donne des résultats à noter. Crue rare par bien des auteurs après 35 ans, nous trouvons au contraire que le maximum de fréquence de l'épulis se trouve entre 40 et 45 ans (16 cas), puis entre 25 et 30 ans (15 cas), et 20 à 25 ans (15 cas aussi). C'est donc en somme chez l'adulte que l'affection semble se développer le plus volontiers. Elle est fréquente aussi de 10 à 15 ans (13 cas) et de 15 à 20 ans (11 cas). Les âges extrêmes auxquels nous ayons relevé l'épulis sont d'une part de 0 à 5 ans (3 cas) et 13 ans (1 cas).

Le sexe ne peut guère avoir de rôle en l'espèce; le relevé de nos cas nous donne cependant une fréquence double pour la femme que pour l'homme (82 cas contre 41).

Mais à côté de ces causes générales des plus indécises, il faut donner plus d'attention aux causes locales, irritations de toute nature, gingivites antérieures, caries dentaires surtout (un débris de dent cariée étant laissé après extraction incomplète, dans la gencive, et irritant peu à peu les tissus voisins); frac-

tures alvéolaires, coups reçus sur la mâchoire, difficulté d'éruption de certaines dents.

A ce propos, Terrillon (repris du reste, entre autres, par Melleville Wassermann), propose une explication étiologique intéressante. Il pense que ces tumeurs proviennent souvent de dents anormalement placées, ou mieux, anormalement développées, soit par exemple que la canine ne perce pas et que la dent de lait correspondante reste en place.

Pour lui, s'appuyant sur l'opinion de Salter, il admet que l'épulis dérive le plus souvent d'une dent ; qu'il y a un rapport étroit entre cette dernière et la tumeur, et il donne comme preuve de ce qu'il avance, que la simple extraction de la tumeur avec la dent garantit le plus souvent la guérison, alors que la récurrence s'observe le plus souvent si on n'enlève que la tumeur. (Nous verrons ce qu'il faut penser de ce mode d'intervention au chapitre général de traitement.)

Il est classique d'admettre (Trélat et Salter sont d'un avis contraire) que la mâchoire inférieure est le siège de prédilection des épulis. Cependant, sur 130 de nos cas où le siège était relevé, nous avons trouvé 64 fois la tumeur au maxillaire supérieur et 66 fois à la mâchoire inférieure.

C'est, en tous cas, au voisinage des molaires que l'épulis est trouvée le plus souvent, puis par ordre de fréquence, englobant la région des molaires et des incisives ; enfin siégeant uniquement au niveau des incisives.

Dans ces causes locales, certes le traumatisme est souvent incriminé par le malade ; mais c'est toujours là une explication banale commune à toutes les tumeurs et peu satisfaisante en tous cas.

Si bien, en somme, que l'étiologie des épulis reste encore assez obscure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique spéciale - Examens histologiques

Nous exposerons d'abord les examens particuliers de chaque observation intéressante et nous les ferons suivre d'un résumé histologique.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 1. (Observation clinique LVI)

In Désir de Fortunet

Diagnostic histologique. — Epulis fibromateuse.

La tumeur est constituée par des fibres conjonctives nettement formées. Dans les interstices sont des cellules conjonctives bien caractérisées. Le noyau homogène est arrondi dans les cellules les plus jeunes ; il prend la forme en bâtonnets dans les régions les plus avancées.

C'est un fibrome où les travées conjonctives prédominent et dont les cellules sont presque à l'état adulte.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 2. (Observation clinique LVII)

In Désir de Fortunet

Diagnostic histologique : Epulis fibromateuse.

Les cellules conjonctives sont plus nombreuses et plus jeunes que dans l'observation précédente ; néanmoins, il y a des fibres conjonctives bien formées en certains points, à peine ébauchées en d'autres.

C'est une tumeur bénigne du tissu conjonctif. Les parties superficielles sont un peu enflammées.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 3. (Observation clinique II)

Personnelle

Diagnostic. — Épulis fibromateuse.

Technique. — Fixation alcool. Coloration : hématoxyline-éosine.

Il s'agit d'une tumeur aplatie fortement, comme pressée contre la dent,

Les coupes ont été faites parallèlement à l'axe de la grosse molaire sur laquelle semblait être appliquée la tumeur : ces coupes passent ainsi par le grand diamètre de la tumeur.

On constate que l'épithélium pavimenteux stratifié gingival recouvre la tumeur dans presque toute son étendue. Les altérations morphologiques que nous trouvons dans cette couche épithéliale sont des altérations banales et analogues à celles décrites dans les autres cas ; c'est-à-dire hypertrophie des bourgeons épithéliaux interpapillaires, inflammation de l'épithélium en certains endroits. Notons cependant que, dans le cas présent, nous n'avons pas trouvé de points où les papilles aient semblé avoir disparu.

Au-dessous de la couche épithéliale, nous trouvons le tissu propre à la tumeur constitué par des faisceaux de tissu fibreux s'entrecroisant en tous sens.

La tumeur est vascularisée et autour des petits capillaires nous trouvons des manchons d'éléments embryonnaires.

En d'autres endroits, il existe des nodules de grandeur variable, formés par des éléments embryonnaires inflammatoires.

Cette tumeur ne renferme ni tissu osseux ni myéloplaxes.

Il s'agit donc bien d'une épulis ayant la constitution d'un fibrome pur, présentant cependant des lésions inflammatoires.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 4. (Observation clinique XII)

Personnelle

Diagnostic. — Epulis à forme d'ostéofibrome.

Technique. — Fixation : alcool. Coloration : hématoxyline-éosine

Il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une petite noisette et dans laquelle nous avons fait des coupes perpendiculaires à la surface.

A l'examen microscopique, on constate que la tumeur est recouverte sur une grande étendue de sa surface par l'épithélium pavimenteux stratifié. Cette couche épithéliale ne présente rien de spécial quant à ses cellules. Les rapports avec les tissus sous-jacents sont modifiés d'une façon analogue à ce que nous avons vu dans les autres épulis.

A côté de certains points normaux nous trouvons, ici aussi, des points où les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont manifestement hypertrophiés et s'avancent vers l'intérieur à une profondeur variable.

En d'autres régions, au contraire, les papilles sont effacées et la couche épithéliale est devenue beaucoup plus plate.

En quelques rares points, la limite de l'épithélium avec le tissu sous-épidermique est plus nette, car en certains endroits, il existe une accumulation de cellules rondes embryonnaires, témoins de la réaction inflammatoire.

Le tissu sous-épidermique est constitué par du tissu conjonctif plus ou moins lâche, sous lequel nous trouvons de nombreux vaisseaux et, par places, de petites cellules rondes embryonnaires.

A mesure qu'on s'avance dans la profondeur, le tissu conjonctif devient plus serré, plus dense, et se transforme définitivement en un stroma compact composé d'une substance intermédiaire fibrillaire dans laquelle on trouve des noyaux allongés et aplatis.

Ce tissu fibreux est le siège d'un processus inflammatoire manifeste. On trouve, en effet, que les vaisseaux sont béants et remplis d'éléments figurés du sang. Les petits capillaires réduits à leur unique couche endothéliale sont dilatés de même et leur trajet est surtout indiqué par un manchon de petites cellules embryonnaires. En d'autres points, il existe de véritables nodules discrets de cellules embryonnaires qui, par endroits, deviennent confluents et engendrent des nappes de cellules embryonnaires.

Dans certaines coupes on trouve, noyées au sein du tissu

fibreux, des productions osseuses. Celles-ci se présentent tantôt sous la forme d'aiguilles coupées transversalement, tantôt sous forme de petites masses à contours irréguliers.

Dans une de ces masses nous avons trouvé deux canalicules de Havers et une anastomose reliant les deux.

Dans le tissu fondamental osseux on rencontre des cellules caractéristiques eu égard à leurs petits prolongements ramifiés. Au sein de ces productions osseuses nous n'avons pas rencontré dans le cas présent de cavités remplies d'un tissu muqueux représentant la cavité médullaire.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE. (Observation clinique IV)

Personnelle

Diagnostic. — Ostéofibrome avec trace d'inflammation.

Technique. — Fixation ? Coloration : hématoxyline.

En examinant la tumeur au *faible grossissement*, on trouve un revêtement épithélial pavimenteux sur la plus grande étendue de la coupe. Cependant, en un point il existe une prolifération manifeste de cet épithélium vers la profondeur telle, que parfois la hauteur des papilles en est triplée. Cet épithélium est, au reste, mal limité vers le centre de la préparation. On n'observe nulle part de globes ou perles épidermiques à ce niveau. Vers le milieu de la coupe, les papilles sont effacées, elles ont presque totalement disparu et la couche des cellules de Malpighi est devenue rectiligne. Ce fait s'explique facilement par la production de tissus nouveaux formés en-dessous de cette couche et qui l'ont en quelque sorte tassée et refoulée.

Au-dessous de l'épithélium de revêtement, on trouve du tissu conjonctif fasciculé fibreux qui, en certains points dans le voisinage de la couche épithéliale, présente des faisceaux conjonctifs séparés par des amas de petites cellules rondes embryonnaires d'origine inflammatoire et fixant avidement les colorants dans leur noyau. Il existe dans le fond de la préparation des masses d'apparence amorphe et présentant avec l'hématoxyline une teinte métachromatique pourpre. Ces amas sont constitués par une masse fondamentale amorphe qui en certains points présente un aspect fasciculé plus ou moins prononcé. Cette struc-

ture fasciculée devient plus prononcée autour de quelques vaisseaux contenus dans la masse et elle est même concentrique autour de ces derniers. Il ne peut y avoir aucun doute sur la signification de ces masses; ce sont de petits fragments de substance osseuse jeune. Ces masses osseuses n'ont pas une constitution uniforme : leurs diverses parties se colorent avec une intensité très variable à cause de leur différence de densité. Elles ne sont pas tout à fait amorphes mais contiennent quelques petites cellules allongées. Ce sont des cellules osseuses embryonnaires ou pathologiques, car elles sont dépourvues des prolongements ramifiés et arborescents des cellules osseuses normales. Il existe aussi dans leur intérieur des cavités qui ont très vraisemblablement la signification de cavités médullaires. Ces cavités sont comblées par un tissu spongieux dont la structure ne peut s'étudier qu'au fort grossissement. Dans la masse spongieuse, on rencontre des vaisseaux sanguins gorgés d'éléments figurés du sang.

Dans le voisinage des masses osseuses, le tissu fibreux est plus riche en noyaux que dans les autres parties de la tumeur. En un seul point nous avons pu constater la présence du périoste bien caractérisé par ses grandes cellules plates d'aspect émundothélial.

Le *fort grossissement* ne fournit que peu de renseignements ; la pièce étant mal fixée nous ne pouvons insister sur les détails de structure.

Le tissu spongieux occupant les espaces médullaires des masses osseuses est composé d'un enchevêtrement de minces fibrilles s'anastomosant en tous sens et rappelant le tissu muqueux. En certains points, on trouve une accumulation de petites cellules rondes ; en d'autres points cette accumulation est beaucoup moins prononcée.

Il n'y a pas de myéloplaxes dans la tumeur.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 6. (Observation clinique III)

Personnelle

Diagnostic. — Sarcome à cellules polymorphes.

Technique. — Fixation : alcool. Coloration : hématoxyne-éosine.

Au faible grossissement, on voit la couche épithéliale recouverte de sa couche cornée, qui ne semble pas avoir subi de modification. La couche génératrice des cellules de Malpighi surtout, est intacte. En plusieurs endroits, on constate que les papilles dermiques sont effacées; la couche épithéliale est en quelque sorte repoussée d'une façon uniforme vers la périphérie. En d'autres régions, au contraire, on remarque une prolifération manifeste des cellules épithéliales, mais en aucun point elles ne dépassent la membrane basale. En d'autres points, la coupe passe perpendiculairement à l'axe des papilles et l'on compte ainsi un ilot papillaire bordé de cellules épithéliales, donnant l'illusion d'une prolifération épithéliale.

Le tissu sous-épidermique est fortement altéré en un point de la préparation; on constate en effet des lésions manifestes d'origine inflammatoire indiquées par l'accumulation de petites cellules rondes embryonnaires dans le stroma conjonctif et surtout autour des vaisseaux.

En d'autres endroits, le tissu sous-épidermique a un aspect sclérosé: ce tissu est riche en fibrilles, assez pauvre en noyaux et ces noyaux sont allongés. Par places, on trouve des lacunes lymphatiques et des vaisseaux capillaires béants dont l'endothélium est bien visible: en quelques points même, les cellules endothéliales semblent en état de prolifération. En quelques points nettement limités du reste, on trouve, entre les fibrilles, une légère accumulation de petites cellules rondes embryonnaires.

De ce tissu sous-épidermique sclérosé partent des tractus fibreux, peu nombreux, qui s'enfoncent dans la profondeur de la masse néoplasique sous-jacente au tissu sous-épidermique. La couche de tissu sclérosé n'a pas la même épaisseur partout: en quelques régions, il existe une bande assez considérable de ce tissu entre la masse néoplasique et les couches épithéliales gingivales; tandis qu'en d'autres points, des tractus néoplasiques s'avancent presque contre la couche des cellules de Malpighi.

Quand on examine les amas de cellules néoplasiques, on voit sous la couche du tissu sclérosé sous-épidermique des plages de cellules polymorphes distribuées sans ordres apparent. Ces amas

sont parcourus par des tractus fibreux provenant de la couche décrite plus haut et qui, en s'anastomosant, divisent la masse néoplasique en un certain nombre de loges très irrégulières. Ces amas néoplasiques sont constitués par deux parties bien distinctes : 1° des cellules de néoformation, d'aspect polymorphe ; 2° des éléments dissociés provenant des tissus préexistants.

De plus ce tissu est assez pauvre en vaisseaux.

Au fort grossissement, on reconnaît assez facilement le tissu préexistant qui est composé de fibres musculaires qu'on retrouve encore en certains points ; mais ce tissu musculaire est dissocié par l'envahissement des cellules néoplasiques. Par places, le tissu musculaire fait complètement défaut : en d'autres endroits au contraire, il y a des restes très évidents de tissu musculaire dont les divers faisceaux sont séparés les uns des autres par des cellules de nouvelle formation.

Quant aux cellules néoplasiques, elles offrent un aspect excessivement variable. Les unes sont rondes, les autres polygonales, d'autres encore déjà plus différenciées et de forme allongée ; enfin il est une autre variété qui comprend de grandes cellules à protoplasma abondant et pourvues de plusieurs noyaux. Mais en aucun point on ne trouve de véritables cellules géantes justifiables du nom de myéloplaxes, bien que la dernière variété de cellules que nous venons de citer s'en rapproche beaucoup.

Ces cellules néoplasiques, nous les considérons comme des cellules sarcomateuses. En certains points, elles sont allongées et réunies en véritables petits faisceaux nous permettant de parler, au moins en ce qui regarde ces endroits, de sarcome fasciculé. En d'autres, au contraire, on ne rencontre que des cellules rondes, globuleuses. En certains points enfin, on trouve des cellules rondes et des cellules fusiformes.

Il reste encore à rappeler que parfois les cellules sont orientées d'une façon concentrique autour des capillaires sanguins.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 7. (Observation clinique V)

Personnelle (Service du D^r Pietkiewicz, de l'Hôtel-Dieu)

Diagnostic. — Épulis, forme sarcome fibro-cellulaire en œdème et enflammé. — Quelques aiguilles osseuses.

Technique. — Fixation : alcool. — Coloration : hématéine-éosine ou picro-carmin.

La coupe passe perpendiculairement à l'axe de la tumeur.

Ce qui frappe tout d'abord l'attention quand on examine la préparation au *faible grossissement*, ce sont les modifications de la couche épithéliale du revêtement gingival. Comme la coupe est faite perpendiculairement à l'axe de la tumeur, nous avons un épithélium bordant tout le pourtour de la coupe, sauf en un point, où l'épithélium a disparu à la suite d'un processus d'ulcération.

Nous parlerons d'ailleurs plus loin de ce processus.

Les phénomènes dont nous avons à parler sont au nombre de quatre :

- 1° L'hyperplasie épithéliale ;
- 2° Le tassement de l'épithélium et la disparition des bourgeons épithéliaux interpapillaires.
- 3° L'inflammation de l'épithélium.
- 4° Sa dégénérescence.

1° Nous avons déjà parlé et nous parlerons encore dans d'autres observations de cette modification épithéliale. Ici, elle est faiblement accusée, mais elle existe cependant en quelques endroits. L'épithélium bourgeonne à l'intérieur de la tumeur mais sur un court espace. Parfois on remarque un tractus assez long s'enfonçant sur une certaine distance et composé uniquement de deux rangées de cellules épithéliales tassées l'une contre l'autre : on dirait que deux papilles adjacentes se sont hypertrophiées et ont comprimé et étiré le bourgeon épithélial qui les séparait. Néanmoins les cellules de Malpighi et la membrane basale restent bien nettes ; il n'y a nulle part d'indice de processus épithéliomateux.

2° Nous n'insisterons pas sur la disparition des papilles et l'amincissement de l'épithélium. C'est là un phénomène banal qui devait fatalement se produire à cause du développement dans les régions sous-épithéliales d'une masse néoplasique dont l'accroissement a eu pour effet de tendre et d'aplatir l'enveloppe épithéliale limitante.

3^e L'épithélium de revêtement gingival participe à l'inflammation générale de la tumeur dont nous dirons un mot plus loin. En certains points, l'infiltration de petites cellules rondes embryonnaires qui occupe le stroma sous-épidermique se propage jusque dans l'épithélium et en modifie profondément l'aspect. En ces points, on ne voit plus de membrane basale ni de couche de Malpighi : tout est envahi par des éléments embryonnaires. Les éléments qui possèdent un noyau fixant fortement les matières colorantes tranchent d'une façon excessivement nette sur les cellules épithéliales à protoplasma abondant, à noyau faiblement teinté. Dans presque toute l'étendue des couches épithéliales, on trouve entre les cellules des globules blancs très caractéristiques à cause de leur noyau polylobé.

Cette accumulation d'éléments embryonnaires dans l'épithélium et son envahissement par les leucocytes aboutit en une région de la préparation à sa destruction totale. Un ulcère est constitué. Dans cette région, on trouve la tumeur dénudée de son épithélium et on observe une masse compacte de cellules rondes inflammatoires entre lesquelles on distingue quelques vaisseaux dilatés et gorgés d'hématies et de leucocytes. Sur les bords de l'ulcère, on reconnaît la couche épithéliale qui va en s'amincissant ne plus en plus.

4^e Enfin nous avons encore à signaler une dégénérescence spéciale de l'épithélium. On trouve en quelques points les cellules épithéliales, surtout celles du stratum lucidum, complètement transformées. Elles sont devenues volumineuses et il en résulte que les endroits où cette transformation a eu lieu ont beaucoup augmenté de volume. Si nous examinons ces cellules à de *plus forts grossissements*, nous ne trouvons rien de spécial à signaler dans le protoplasma, ni inclusions, ni vacuoles dans son intérieur. Leur aspect est bien caractéristique, la cellule a augmenté beaucoup de volume et est devenue claire. Au milieu de chaque cellule qu'on prendrait pour une vacuole, on trouve un noyau bien net. Enfin, détail à noter, les filaments d'union intercellulaire de Ranvier ont disparu en ces endroits.

Passons maintenant à l'examen de la masse néoplasique elle-même. Ce qui frappe surtout l'attention quand on l'examine *au*

faible grossissement, c'est la pauvreté relative en cellules et la richesse en fibrilles fortement teintées par l'éosine. Ces fibrilles sont réunies en petits faisceaux courts et assez lâches présentant un enchevêtrement assez compliqué. Entre ces petits faisceaux, il y a des vides et des cellules que nous décrirons plus loin. La coloration rouge assez intense de ces fibrilles par l'éosine nous a fait soupçonner un état pathologique. Nous nous sommes alors servi de la méthode de *Von Gieson* et nous avons vu que ces fibrilles se coloraient d'une façon intense par la fuchsine. Nous sommes donc en présence d'une dégénérescence hyaline du stroma. C'est un fait important à signaler parce que c'est la première fois, croyons-nous, que la dégénérescence hyaline est signalée dans les épulis ; voilà pour le stroma. Quant à l'élément cellulaire, il est représenté par des cellules sarcomateuses, globuleuses et polymorphes. Ces cellules sont boursouflées, turgescentes et témoignent en même temps que les vaisseaux et surtout les lymphatiques dilatés, de l'œdème qui existe dans la tumeur. Dans les parties les plus œdématisées de la tumeur on trouve peu de cellules, mais celles qu'on rencontre sont turgescentes et possèdent un noyau qui se colore mal.

Il existe dans ces régions une dissociation assez considérable des fibres hyalinisées du stroma et des traces non équivoques d'inflammation : vaisseaux béants présentant un endothélium turgescent et infiltration de petites cellules rondes embryonnaires. Ces phénomènes sont surtout marqués à l'endroit où existe l'ulcération. On trouve au milieu du tissu sarcomateux un grand nombre de vaisseaux de nouvelle formation simplement constitués par leur couche endothéliale turgescente. On rencontre enfin quelques rares aiguilles osseuses.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 8. (Observation clinique XXXIV)

in Thèse Nélaton. 1860

Diagnostic. — Épulis fibro-sarcomateuse.

La tumeur est constituée dans toute son épaisseur par un tissu homogène, d'une fermeté comparable à celle du tissu fibreux, d'une coloration gris-rougeâtre, qui rappelle celle des fibres musculaires de la vie organique ; cette teinte se rap-

proche en même temps beaucoup de celle du tissu gingival, lequel paraît en effet se confondre intimement avec la substance morbide.

Les éléments anatomiques qui composent cette tumeur permettent de la ranger encore parmi les tumeurs à myéloplaxes. Les plaques à noyaux multiples, sans affecter une prédominance très marquée, représentent cependant plus de la moitié de la masse totale; leurs dimensions varient entre 0^{mm}02 et 0^{mm}06, leurs noyaux, au nombre de 8 à 10 en moyenne, sont généralement pâles et peu accusés. Le reste de la tumeur est formé en majeure partie par des éléments fusiformes, auxquels s'ajoutent des noyaux libres, des granulations moléculaires et des traces de tissu fibreux. Du reste, ces divers éléments paraissent uniformément répartis dans toute l'étendue de la substance morbide.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 9. (Observation clinique LVIII)

In Désir de Fortunet (Revue de chirurgie; 1887)

Diagnostic histologique. — Epulis fibrosarcomateuse.

La tumeur est constituée par des formations conjonctives où les cellules sont l'élément dominant, allongées, souvent fusiformes, à noyaux assez volumineux, formant par leur juxtaposition des travées fasciculées, dont les unes se présentent avec une direction ondulée, tandis que d'autres s'entrecroisent en tous sens.

En résumé, il s'agit d'une tumeur revêtant le type habituel lié au développement rapide du tissu conjonctif dense.

C'est donc du fibrosarcome fasciculé.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 10. (Observation clinique LIX)

In Désir de Fortunet

Diagnostic histologique. — Epulis fibrosarcomateuse à myéloplaxes.

Foyer arrondi, volumineux, nettement séparé par des zones conjonctives; au milieu, cellules à myéloplaxes plongées dans un tissu spécial.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 11. (Obs. cliniques LX, LXI, LXII)

In Désir de Fortunet

Diagnostic histologique.— Epulis fibrosarcomateuses à myéloplaxes.

Identiquement le même examen que pour l'observation LIX.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 12. (Obs. clinique XVI)

Marié (In Revue d'Odontologie)

Diagnostic histologique : Epulis à forme de sarcome fasciculé.

La tumeur plongée dans l'alcool ordinaire immédiatement après l'ablation a ensuite été transportée dans l'alcool absolu où elle a atteint en quelques jours le durcissement nécessaire pour l'obtention des coupes. Nous avons pratiqué celles-ci suivant trois diamètres différents, ce qui d'ailleurs nous a fourni à l'examen micrographique des résultats identiques.

Les coupes obtenues au microtome ont été traitées par l'eau légèrement acidulée par l'acide acétique (qui fait apparaître les noyaux cellulaires, tout en permettant aux éléments anatomiques, contractés par l'alcool, de reprendre leur volume primitif); puis lavées à l'eau distillée, plongées dans le picro-carminate d'ammoniaque et traitées par l'acide acétique en solution très étendue pour fixer la coloration du picro-carmin. Enfin les préparations ainsi obtenues ont été montées, les unes dans la glycérine acétique, les autres, après déshydratation dans l'alcool absolu et éclaircissement dans l'essence de girofle, dans le baume du Canada. Les coupes ainsi préparées ont été soumises à l'examen microscopique.

Notre tumeur est recouverte sur toute sa périphérie par la muqueuse buccale, reconnaissable à son épithélium pavimenteux stratifié coloré en jaune sur la coupe, composé des cellules polygonales à noyaux bien visibles seulement dans les couches profondes, et à son derme sinueux au dehors, constitué, comme d'habitude, par un tissu conjonctif, à densité variable, renfermant des papilles vasculaires et nerveuses.

Le tissu conjonctif dermique se continue en dedans avec le

tissu propre de la tumeur. La ligne de démarcation, bien qu'elle ne soit pas absolue, se distingue cependant **nettement** aux faibles grossissements.

Histologiquement, la tumeur est constituée par des cellules embryonnaires abondantes, principalement à la périphérie, qui, vers le centre et sur la plus grande partie de la coupe, prennent le caractère des cellules fibro-plastiques de Lebert (sarcome fasciculé).

Les cellules embryonnaires sont petites et toutes globuleuses avec un grand noyau bien apparent ; les cellules fibro-plastiques sont fusiformes et multipolaires avec un nombre plus ou moins grand de prolongements qui rappellent l'apparence des ostéoblastes. Cependant, nulle part dans cette tumeur nous n'avons constaté de points d'ossification ; les trabécules osseuses en voie de formation, les fibres arciformes, fibres de Sharpey, font défaut et il n'existe pas trace de calcification, ce qui nous explique la mollesse de la tumeur à la pression, après l'ablation.

Cette néoplasie n'appartenait donc pas au groupe des ostéomes, ou des sarcomes ossifiés. Cette modification du tissu se serait peut-être produite ultérieurement à partir de la base d'implantation, si la tumeur avait été abandonnée à elle-même. Enfin le centre est parcouru par de gros troncs vasculaires au nombre de cinq ou six à paroi formée de cellules aplaties. La présence de ces gros troncs vasculaires nous rend compte de l'état spongieux de la tumeur que nous avons relaté précédemment.

On reconnaît également en quelques endroits une hyperplasie linéaire du tissu conjonctif dermique correspondant aux points où le malade avait pratiqué des piqûres. En résumé, nous avons affaire ici à une tumeur entièrement recouverte par la muqueuse buccale et constituée histologiquement par du *sarcome fasciculé* qui ultérieurement aurait peut-être évolué en sarcome ossifiant.

Y a-t-il eu récédive ou non ? Comme le dit l'observation, le malade n'a pas été revu : néanmoins, l'intervention étant probablement insuffisante, il est à craindre que la tumeur ait reparu.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 13. (Obs. clinique XX)

Examen histologique, par le professeur Augier, de Lille.

Diagnostic. — Épulis fibro-sarcomateuse.

Il s'agit, en l'espèce, d'un fibro-sarcome dans lequel le tissu conjonctif jeune et le tissu conjonctif adulte se trouvent mélangés à parties égales.

Ces éléments jeunes sont formés par de grandes cellules fusiformes, à protoplasma fortement granuleux, à noyau ovoïde, allongé, vivement coloré par le picro-carmin. Tantôt ils constituent des faisceaux analogues à ceux qu'on trouve dans le sarcome fasciculé ordinaire ; tantôt ils sont séparés les uns des autres par une substance fibrillaire.

Il est impossible de confondre ce tissu avec le sarcome embryonnaire.

On ne trouve pas de myéloplaxes dans la tumeur ;

Les vaisseaux sanguins y sont rares.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 14. (Obs. clinique II)

Personnelle

Diagnostic. — Fibro-sarcome à myéloplaxes (ou sarcome fuso-cellulaire).

Technique. — Fixation : Alcool. Coloration : Hématéine-éosine ou picro-carmin.

L'épulis en question n'offre rien de particulièrement intéressant à signaler. L'épithélium de revêtement gingival est intact partout ; il n'y a pas de point d'ulcération. Cette couche épithéliale n'est cependant pas tout à fait normale quant à sa disposition et ses rapports avec le tissu sous-épidermique. Nous avons déjà vu dans d'autres observations comment l'épithélium pavimenteux stratifié prolifère d'une façon active et est, en d'autres endroits, comprimé et aplati à cause de la prolifération active siégeant dans les couches sous-jacentes. Ici nous retrouvons ces mêmes phénomènes, mais moins accusés. En certains points, on constate en effet l'hypertrophie des papilles produite par des bourgeons épithéliaux s'enfonçant à quelque distance dans la pro

fondeur : en d'autres, les papilles sont effacées et la couche basilaire des cellules épithéliales malpighiennes forme une ligne droite. Quant aux cellules épithéliales elles mêmes, elles ne semblent pas beaucoup atteintes : par endroits les cellules kératinisées superficielles n'existent plus ou sont recouvertes par une mince nappe sanguine. Il semble même que, par places, les cellules des couches superficielles aient subi un certain degré de macération : en ces points elles sont un peu ratatinées et les filaments d'union de Ranvier sont beaucoup plus visibles qu'à l'état normal.

Le tissu sous-épidermique est formé de tissu conjonctif lâche qui devient de plus en plus dense et fibrillaire à mesure qu'il va en se confondant avec le tissu sarcomateux situé en dessous de lui. Il est riche en vaisseaux ; ceux-ci sont béants et enflammés pour la plupart et le plus souvent entourés d'une zone d'infiltration embryonnaire.

Le tissu néoplasique lui-même est formé par de tissu sarcomateux typique. C'est un amas de cellules embryonnaires, la plupart allongées et pourvues d'un noyau bien visible, aplati. Par endroits, ce tissu prend un aspect fibreux, fasciculé, surtout dans les parties superficielles et autour des vaisseaux qui sont très abondants dans la tumeur. On y observe de nombreuses cellules géantes, pourvues d'un nombre quelquefois considérable de noyaux et présentant des contours irréguliers. Parfois même on constate la présence de véritables prolongements. Ce sont les myéloplaxes ou médullocèles, cellules si caractéristiques dans les sarcomes d'origine médullaire. Il s'agit donc bien d'un sarcome fasciculé ou fibro-cellulaire à myéloplaxes.

Ce tissu n'est pas tout-à fait indemne d'inflammation, témoins les vaisseaux qui en ont les lésions comme aussi l'accumulation, légère toutefois, de petites cellules rondes embryonnaires dans leur voisinage.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 15. (Obs. clinique VI)

Personnelle

Examen histologique dû à l'obligeance de notre ami M. Grégoire, interne des hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — Épulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Technique. — Coloration à l'hématoxyline-éosine. Coupe d'un centimètre carré environ.

Le fond du stroma est formé de cellules allongées, fusiformes, à protoplasma clair, à noyau allongé également suivant le grand axe de la cellule et fortement coloré.

Ces cellules fusiformes s'ordonnent en beaucoup de points, suivant des travées qui dessinent de vagues alvéoles.

Dans ces alvéoles existent d'autres cellules allongées mais moins nettement fusiformes et se rapprochant un peu de la forme globo-cellulaire.

On y trouve également, et en assez grand nombre, des cellules très volumineuses, plus fortement colorées que les autres : les bords en sont irréguliers et toutes se rapprochent, à des degrés divers, de la forme arrondie.

Dans le protoplasma existent un grand nombre de noyaux, 8, 10 et même davantage pour chaque cellule : ce sont les myéloplaxes.

Elles sont pour la plupart isolées les unes des autres par des traînées de cellules fusiformes.

Il existe très peu de vaisseaux dans la coupe, bien que la tumeur fût très vasculaire. Ces vaisseaux ont conservé la structure embryonnaire.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 16. (Obs. clinique IX)

Inédite. Communiquée par le Dr Nelis

Diagnostic. — Epulis à forme de sarcome fuso-cellulaire pigmenté à myéloplaxes.

Technique. — Fixation : alcool. Coloration : hématoxyline.

Il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une poisette siégeant sur la gencive du maxillaire inférieur du côté gauche.

A l'examen histologique on constate que la tumeur est recouverte de l'épithélium gingival. Sur le bord de la préparation, les cellules de cet épithélium ont conservé leurs caractères normaux ; tout au plus peut-on dire que les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont hypertrophiés et s'engagent plus profondément dans les couches sous-jacentes qu'à l'état normal. La couche de cellules kératinisées qui limite la surface du recou-

vement épithélial est plus prononcée ici que dans les autres régions.

Si l'on s'écarte des bords de la préparation, il est aisé de voir que l'épithélium gingival se modifie insensiblement. D'abord son épaisseur diminue, les cellules se tassent les unes sur les autres, puis les papilles disparaissent, la limite entre l'épithélium et le stroma de la tumeur n'est plus ondulée, c'est une ligne uniformément courbe. Les cellules des couches malpighiennes qui étaient bien distinctes et nettes dans les points où existent des papilles ne le sont plus ici. Elles sont tassées comme les cellules sus-jacentes plus âgées. D'ailleurs, notons que leur observation présente certaines difficultés à cause de la pigmentation assez intense du stroma voisin qui rend l'image microscopique assez diffuse.

Nous avons peu de choses à dire du derme. Il a presque complètement disparu et est remplacé par le stroma propre de la tumeur. Un fait doit fixer l'attention, c'est la présence de petites cellules rondes embryonnaires d'origine inflammatoire dans les parties du derme qui persiste encore. Ces cellules embryonnaires sont tassées contre les couches épithéliales et en quelques points les pénètrent en quelque sorte, ce qui enlève ainsi aux couches épithéliales leurs caractères normaux.

Passons au stroma de la tumeur, au néoplasme proprement dit. L'image microscopique présente une masse uniforme de cellules allongées pauvres en protoplasme et pourvues d'un noyau rond ou quelque peu allongé, riche en substance chromatique. Ces cellules ne semblent pas affecter les unes par rapport aux autres une disposition bien régulière. Par places elles se réunissent en faisceaux qui s'entrecroisent dans toutes les directions, comme cela se voit dans les fibromes types. Mais en ces régions le diagnostic avec le fibrome est facile : les noyaux cellulaires sont loin d'être aussi allongés que dans les cellules du fibrome, et la différenciation de leur protoplasma n'est pas poussée jusqu'à la fibre. Ce sont les cellules du sarcome à cellules fusiformes ou fuso-cellulaires. Au sein de cette masse de cellules sarcomateuses sont noyées de nombreuses cellules géantes, irrégulières quant à leur contour, et pourvues d'un nombre variable et considérable de noyaux de forme ronde.

Ce sont les cellules géantes des sarcomes ou myéloplaxes (Robin) sur lesquelles nous n'insisterons pas, leur description et leur interprétation se trouvant traitées dans tous les ouvrages classiques.

Pour terminer cette observation, nous signalerons l'abondance des vaisseaux, parfois garnis extérieurement d'une gaine de cellules embryonnaires.

Enfin, et ceci est intéressant à noter, il existe une pigmentation cellulaire assez abondante dans les couches superficielles de la tumeur, pigmentation absolument semblable à celle que l'on rencontre dans les mélano-sarcomes, mais pas aussi confluyente toutefois que dans ce dernier cas.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 17. (Obs. clinique X)

Inédite. Due à l'obligeance du D^r Nelis

Épulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Technique. — Fixation : liquide de Flemmig. Coloration : safranine.

A l'examen, au *faible grossissement*, on constate que la tumeur est recouverte par l'épithélium pavimenteux stratifié de revêtement gingival. Cette couche est absolument normale. On n'y rencontre aucune altération cellulaire et on ne remarque rien d'anormal dans les rapports de cette couche avec les tissus sous-jacents. Il n'existe pas ici, comme dans les autres cas que nous avons pu examiner, d'hypertrophie des bourgeons interpapillaires, de processus papillomateux, de lésions de refoulement ou d'altération de nature inflammatoire. C'est un fait digne de remarque, car, dans toutes les autres observations, nous avons à signaler ces phénomènes.

En dessous de la couche épithéliale dont la limite est bien nette et bien tranchée, nous trouvons directement le tissu propre de la tumeur sans interposition de tissu conjonctif ordinaire sous-épidermique.

Ce tissu propre de la tumeur est constitué par du sarcome à myéloplaxes. A l'examen au *gros grossissement*, on trouve des cellules placées les unes à côté des autres, dans le sens de

leur grand diamètre et se groupant sous forme de petits faisceaux qui s'entrelacent en divers sens et qui, sur la coupe, se présentent soit suivant leur longueur, soit suivant leur largeur, soit même obliquement. Entre les cellules, on ne trouve presque pas de substance intermédiaire. Ce sont des cellules sarcomateuses du type *fuso-cellulaire*. En certains points cependant, il nous a semblé que quelques cellules appartenaient au type polymorphe. Ces cellules sont pourvues d'un noyau bien visible, rond ou ovale, assez riche en substance chromatique.

Mais, ce qui frappe surtout l'attention dans la coupe, c'est la présence de grandes cellules géantes, qui, dans le cas de sarcome, sont désignées sous le nom de myéloplaxes. Ce sont des masses protoplasmiques, très irrégulières, s'anastomosant parfois entre elles et presque toujours pourvues de petits prolongements irréguliers. Ces cellules sont remarquables par le grand nombre de noyaux qu'elles renferment. Ces noyaux sont irrégulièrement disposés ; jamais nous n'avons pu voir dans une de ces cellules, une collerette marginale de noyaux, comme on en trouve si souvent dans les cellules géantes des tubercules à bacille de Koch. Ces cellules renferment des vacuoles qui parfois sont très nombreuses.

La tumeur est riche en capillaires sanguins.

En un point, on trouve une légère accumulation de cellules rondes embryonnaires inflammatoires.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 18. (Obs. clinique XXXIII).

In thèse de Nélaton 1860

Diagnostic. — Epulis à forme de sarcome à myéloplaxes.

La structure intime du produit morbide a été examinée avec soin par nous au microscope.

Il était constitué par une grande quantité de myéloplaxes qui se présentaient sous la forme de plaques minces, très irrégulières, très nombreuses, contenant dans leur intérieur plusieurs noyaux ovales également répartis dans toute leur substance et pourvus d'un et quelquefois de deux nucléoles. La forme de ces myéloplaxes était des plus variées ; leur dimension maximum était également très variable, entre 1 et 10 centièmes et même

15 centièmes de millimètre ; le nombre des noyaux compris dans l'épaisseur de chaque plaque était en général très considérable ; il était de 15 à 20 environ pour les plaques de moyenne grandeur.

Outre ces éléments, on trouvait en seconde ligne, des éléments fusiformes, munis d'un gros noyau central ovalaire, pourvu lui-même d'un nucléole central entouré de granulations ; dans la partie extérieure au noyau, c'est-à-dire vers leurs extrémités, ces éléments fusiformes offraient un aspect granuleux partout uniforme, et non cet aspect fibrillaire qu'ils présentent lorsqu'ils sont sur le point de se transformer en tissu fibreux.

L'ensemble des myéloplaxes composait au moins les deux tiers de la masse totale de la tumeur ; les éléments fibro-plastiques en représentaient environ un quart, et le reste était constitué par des granulations graisseuses, des granulations moléculaires, et de loin en loin des plaques d'hématosine presque à l'état de cristallisation.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 19. (Obs. clinique XXI)

Marié (In Revue d'Odontologie).

Diagnostic histologique. — Épulis ostéo-sarcomateuse.

La tumeur, qui a la forme d'une grosse amande, présente sur sa face externe libre une partie proéminente située vers le centre, mais plus rapprochée cependant du bord inférieur. Cette portion d'étendue, à peine égale au dixième de la totalité de la face correspondante, est encroûtée extérieurement de tartre dentaire.

Le tartre, examiné au microscope, se montre comme d'habitude spongieux, constitué par des corpuscules sphéroïdaux et des débris irréguliers de cristaux agglomérés par une substance minérale amorphe parcourue de nombreux filaments de leptothrix, constituant une sorte de trame.

Une coupe médiane de la tumeur fait voir que le centre est occupé par un îlot de tissu osseux avec ostéoblastes bien caractérisés, et le tartre n'est qu'un dépôt précipité sur la portion de cette formation osseuse, devenue libre à l'extérieur.

La pièce, plongée dans l'alcool après son ablation, a été

ensuite sectionnée en divers sens pour obtenir une idée d'ensemble de la position relative des parties dures et des parties molles. Les segments ne contenant que peu ou point de tissu osseux furent plongés directement dans l'alcool absolu. Les parties centrales dures furent d'abord plongées dans l'acide chlorhydrique au 1/4 jusqu'à ramollissement complet, puis dans l'eau pour enlever toute trace d'acide et enfin soumises de nouveau à l'action de l'alcool absolu.

La décalcification obtenue, toutes les parties de la tumeur peuvent maintenant subir le même traitement, c'est-à-dire : coupes minces, coloration au picro-carmin et montage dans la glycérine.

L'examen micrographique montre que la tumeur est recouverte sur sa périphérie par la muqueuse gingivale. Le parenchyme sous-jacent très vasculaire est constitué par des cellules fibro-plastiques agglomérées en trainées irrégulières, entre lesquelles, çà et là, sont d'autres trainées où le tissu subit la transformation osseuse, les éléments cellulaires prenant graduellement la forme d'ostéoblastes. Le centre, primitivement dur, a les caractères du tissu osseux. Au niveau du pédicule, on trouve des trainées de tissu fibro-plastique entremêlées d'aiguilles ossifiées qui devaient s'insérer directement sur l'os maxillaire.

En résumé, nous avons affaire ici à une tumeur recouverte par la muqueuse constituée par du sarcome fasciculé à la périphérie, subissant au centre la transformation osseuse : nous sommes donc en présence d'un *sarcome ossifiant* avec cette particularité que le tissu osseux est devenu libre sur un point et s'est consécutivement recouvert de tartre.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 20. (Ob. clinique LXIII, LXIV)

In Désir de Fortunet

Diagnostic histologique.— Epulis à forme d'ostéo-fibro-sarcome.

Ces deux dernières tumeurs sont constituées par des fibro-sarcomes semblables à celui trouvé chez les précédentes (Observations LX, LXI et LXII).

Mais ici, on rencontre des travées osseuses paraissant être les vestiges du tissu osseux envahi et incomplètement détruit.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 21. (Obs. clinique I)

Personnelle

Diagnostic. — Ostéo-fibro-sarcome.

Technique. — Fixation : alcool. Coloration : Hématéine-éosine ou picro-carmin.

Cette tumeur nous montre de la façon la plus saisissante quelle importance acquiert quelquefois la prolifération épithéliale. Les cellules épithéliales en elles-mêmes ne présentent rien de spécial; mais ce sont les rapports de l'épithélium avec le tissu sous-épidermique qui méritent de fixer l'attention.

La tumeur est recouverte par son épithélium pavimenteux stratifié présentant en un certain point une invagination assez notable. A proximité de cette invagination, il existe contre l'épithélium et dans le tissu sous-épidermique un petit foyer hémorrhagique qui a dissocié les fibres du tissu conjonctif et quelques bourgeons épithéliaux interpapillaires. Ce foyer est constitué par un mince réseau fibrineux emprisonnant les éléments figurés du sang hématiés et leucocytes.

Mais c'est le développement énorme des bourgeons épithéliaux interpapillaires qui attire immédiatement l'attention. En certains endroits, on voit une véritable hypertrophie de ces bourgeons; en d'autres, on assiste à une véritable infiltration du tissu sous-épidermique par des tractus de cellules épithéliales aplaties. Ces tractus sont quelquefois très minces et réduits à une double couche de cellules épithéliales plates.

Sous l'épithélium du revêtement on trouve le tissu sous-épidermique constitué par du tissu conjonctif lâche, riche en vaisseaux et enflammé par places. Il est un point dans la préparation où le tissu conjonctif lâche fait place à des tractus de tissu fibreux adulte et dense. Ces tissus fibreux s'anastomosent et décrivent des loges remplies complètement par des leucocytes mononucléaires.

Il n'existe pas de limite bien nette entre le tissu sous-épidermique et le tissu néoplasique sous-jacent. A mesure qu'on s'avance vers la profondeur, on voit que les tissus fibreux et conjonctifs perdent leurs caractères propres; ils deviennent

de plus en plus embryonnaires. Le néoplasme, en effet, est formé par des cellules d'aspect embryonnaire et présentant une forme assez variable. Les unes sont globuleuses, les autres sont polymorphes, étoilées, mais ce sont les moins nombreuses. Le plus grand nombre présente un aspect déjà plus différencié, plus adulte. Ce sont des cellules allongées, fasciculées. Comme elles sont les plus nombreuses, il nous est permis de parler ici de sarcome fibro-cellulaire ou fasciculé.

Il nous reste encore à signaler un dernier détail important : la masse sarcomateuse est parsemée de petits amas qui se colorent en pourpre par l'hématoxyline et qui ne sont que des productions osseuses jeunes.

Enfin la tumeur est riche en vaisseaux, et ne contient pas de myéloplaxes ou cellules géantes.

·OBSERVATION HISTOLOGIQUE 22. (Obs. clinique XVIII) ·

du D^r Galippe, avec l'aide du D^r Malassez

Diagnostic. — Épulis ostéo-fibro-sarcomateuse avec dégénérescence myxomateuse.

La tumeur était constituée par un revêtement épithélial analogue à celui de la bouche : la partie superficielle présentait des papilles.

Au centre, on rencontrait quelques travées osseuses avec des espaces médullaires remplis principalement de tissu muqueux. Le tissu dominant était constitué par du tissu fibreux analogue à celui de la gencive, au milieu duquel on voyait cependant des points myxomateux et d'autres sarcomateux.

La base de la tumeur, au voisinage du point d'implantation, montrait un tissu constitué par des cellules fusiformes au milieu desquelles on distinguait des myéloplaxes ou cellules géantes.

En résumé, nous avons affaire à une tumeur à myéloplaxes au début, recouverte par la muqueuse gingivale et présentant des travées osseuses à son intérieur.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 23. (Obs. clinique VIII)

Cas d'Albarran (In Journal des connaissances médicales, 1886).

Diagnostic. — Epulis fibromateuse avec transformation adamantine de l'épithélium gingival.

Sur des coupes d'ensemble traitées par une solution très faible de picro-carmin, on voit que la tumeur est formée par une masse fibreuse centrale, entourée d'une bordure épithéliale. Rien à noter dans le stroma fibreux si ce n'est l'apparence de fibres de Sharpey, prises dans certaines parties pour des fibres conjonctives, la laxité plus grande du tissu dans quelques points et la présence de quelques portions osseuses. Vers la périphérie ce stroma pénètre dans l'épithélium sous forme de papilles beaucoup plus développées que celles des gencives normales. Les bourgeons épithéliaux interpapillaires pénètrent en certains points très profondément dans le stroma de la tumeur, et, par places, on les voit se ramifier et s'anastomoser. On peut déjà remarquer, à un *faible grossissement*, que beaucoup de ces bourgeons profonds, et quelques-uns des superficiels, présentent une partie centrale claire et une portion périphérique très étroite, plus foncée.

En regardant avec un *fort grossissement*, on constate que l'épithélium est dans son ensemble pavimenteux à filaments d'union, comme celui des gencives normales, que dans beaucoup d'endroits, par l'irritation inflammatoire, les cellules ont plus ou moins perdu leurs filaments et que les noyaux sont devenus vésiculeux.

Si l'examen porte sur une des portions qui paraissent claires à un faible grossissement, on voit que le centre de ces bourgeons est formé de cellules nettement étoilées, anastomosées par leurs prolongements. Ces cellules possèdent un noyau nucléolé, entouré d'un peu de protoplasma. Vers la périphérie de ces masses, on voit les prolongements des cellules devenir moins distincts, puis, une ou deux rangées de cellules polygonales, et tout à fait sur les bords du bourgeon épithélial, en contact direct avec le tissu fibreux, une couche de cellules cylindriques.

Si maintenant nous étudions les transformations de cellules, en les suivant des parties centrales du bourgeon vers le pédi-

cule et la surface extérieure de la tumeur, nous verrons des modifications analogues à celles que nous venons de décrire : les cellules perdent peu à peu leur caractère étoilé et se confondent avec les cellules pavimenteuses des couches supérieures.

Comme il arrive souvent, alors que l'on fait l'avulsion d'une dent, il est resté quelques parties molles au ciment de la dent arrachée. Sur des coupes faites après décalcification de la dent, on voit que les espaces interpapillaires de l'épithélium de la gencive qui confinent à la dent, et qui déjà, à l'état normal, sont plus développés que les autres, ont beaucoup augmenté de volume ; ils pénètrent profondément entre la dent et l'alvéole dans l'épaisseur du ligament alvéole-dentaire, et l'on remarque que leurs cellules ont subi une transformation analogue à celle que nous avons décrite dans la tumeur, et pris le type adamantin.

Nous n'avons pas pu reconnaître les débris épithéliaux parodontaires normaux.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE 24. (Obs. clinique VII)

Inédite ; due à l'obligeance du Dr Nélis

Diagnostic. — Epulis à forme de fibro-sarcome avec transformation adamantine de l'épithélium gingival.

Technique. — Fixation : alcool. Coloration : hématoxyline.

La pièce anatomique que nous étudions en ce moment est des plus intéressantes, et cela, à un double point de vue : d'abord parce que sa constitution s'écarte un peu de celle qu'on retrouve d'habitude dans les épulis, et ensuite, parce qu'elle montre de la façon la plus manifeste la part active que peut prendre la néoplasie épithéliale dans ces tumeurs. Sa constitution se rapproche en beaucoup de points de celle de la tumeur épulidienne décrite par M. Albarran (Journal des connaissances médicales, 1886), ci-dessus rapportée.

Décrivons d'abord la masse fondamentale de la tumeur pour fixer ensuite notre attention sur l'épithélium gingival et ses dépendances.

Quand on examine la coupe, au faible grossissement, on constate la prolifération de deux tissus nettement distincts :

1^o Un tissu embryonnaire formé par de petites cellules à noyau bien apparent.

2^o Du tissu fibreux adulte.

Le tissu fibreux est distribué dans la tumeur sous forme de tractus, de faisceaux, compacts, constitués par des fibres fixant l'éosine et entre lesquelles sont situés des noyaux pâles et allongés.

Les tractus fibreux s'anastomosent les uns avec les autres en certains points et circonscrivent ainsi des loges qui sont complètement remplies par le tissu embryonnaire sarcomateux qui forme la grande masse de la tumeur.

Le tissu sarcomateux se trouvant dans les loges formées par le tissu fibreux est du type globo-cellulaire. Il est constitué en effet par de petites cellules rondes toutes semblables et pourvues d'un noyau riche en chromatine.

A la périphérie de la tumeur on rencontre la couche épithéliale de revêtement gingival. Elle est formée par un épithélium pavimenteux stratifié, ne présentant rien de remarquable, quant à ces cellules.

Ce qui nous intéresse c'est la prolifération des cellules épithéliales vers la profondeur. En un point on constate une simple hypertrophie des bourgeons épithéliaux interpapillaires sans modifications cellulaires. Mais en une autre région, on assiste à une néoplasie plus étendue, accompagnée de modifications importantes dans la morphologie des cellules épithéliales, modifications bien décrites déjà par M. Albarran. Ici, en effet, on constate aussi dans quelques bourgeons épithéliaux superficiels et surtout dans les bourgeons profonds, une partie centrale claire qu'entoure une portion périphérique très étroite de couleur foncée. Si on examine ces parties claires au *fort grossissement*, on y rencontre des cellules à aspect polymorphe polygonales ou le plus souvent étoilées. Ces cellules sont pourvues d'un noyau bien apparent, quelques-unes cependant possèdent un noyau vésiculeux. Ces bourgeons sont limités par des cellules qui ont conservé un caractère plus épithélial, mais elles sont cylindriques.

Parfois le bourgeon lui-même se termine par un second petit bourgeon qui ne contient plus que les cellules de bordure. Les

limites cellulaires de ces dernières cellules ne sont pas bien nettes, et quand on regarde une coupe transversale d'un de ces bourgeons terminaux, on voit une masse protoplasmique unique, contenant quelques noyaux. On doit bien se garder de prendre ces formations pour des myéloplaxes : il n'y a pas de myéloplaxes dans la tumeur.

Entre les cellules étoilées du centre des bourgeons et les cellules normales de l'épithélium pavimentaux stratifié, pourvues de filaments d'union de Ranvier, on trouve tous les intermédiaires.

Il s'agit ici de cellules épithéliales qui ont pris le *type adamantin*.

CHAPITRE SECOND

Anatomie pathologique générale

Après avoir examiné la constitution histologique des épulis que nous avons à notre disposition et après avoir signalé les principales observations complètes des auteurs sur cette question, nous pouvons maintenant réunir tous ces documents afin de nous faire une idée de la morphologie des épulis. Dans toutes nos observations personnelles, nous avons toujours trouvé la tumeur recouverte par son épithélium de revêtement gingival, et, dans la plupart des cas, nous avons dû y signaler des altérations morphologiques dignes de remarque. Pour plus de clarté, nous devons donc examiner à part les modifications épithéliales et parler ensuite de la structure histologique de la tumeur elle-même.

I

Lésions épithéliales

Nous avons vu, en parcourant les chapitres écrits par les auteurs sur les altérations histologiques des épulis, que beaucoup d'entre eux négligent de parler de l'épithélium gingival et des altérations dont il est le siège. Ces lésions ne sont pas dépourvues d'importance, car comme on le verra plus loin, ce sont ces lésions épithéliales qui nous serviront à établir parmi les épulis une classification ou pour mieux dire une division basée sur la part que prennent dans la constitution des épulis, les néoplasies épithéliales.

Mais avant d'entamer cette question intéressante, hâtons-nous de dire que parmi les altérations épithéliales, nous devons faire une distinction des plus importantes, entre :

1° *Les modifications banales.*

2° *Les modifications spéciales des épulis.*

1° MODIFICATIONS BANALES

Dans presque toutes nos observations personnelles, nous avons eu à signaler des modifications concernant l'épithélium gingival.

Quand on examine une coupe d'épulis passant perpendiculairement à sa surface, il n'est pas rare de trouver un épithélium pavimenteux stratifié normal, aussi bien au point de vue des cellules considérées en elles-mêmes, que des rapports que les couches épithéliales affectent avec les couches sous-jacentes.

Nous avons trouvé un épithélium normal dans toute l'étendue de la pièce de l'une de nos observations ? Mais nous devons dire pour être exact que la tumeur ne présentait aucune trace d'inflammation ni de foyer d'infiltration cellulaire embryonnaire. Aussi est-ce là un cas exceptionnel : mais dans tous les autres cas, il nous a été facile de constater des modifications épithéliales.

En première ligne, nous devons citer *les hypertrophies* des bourgeons épithéliaux interpapillaires. Comment ces hypertrophies se présentent-elles ? En un point (le plus souvent là où dans le tissu sous-épidermique on constate la dilatation des vaisseaux et une infiltration embryonnaire diffuse), on remarque que les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont plus allongés que ceux des points normaux voisins. A mesure qu'on approche des points où la lésion est à son maximum, on voit ces bourgeons s'allonger de plus en plus en même temps que leurs cellules constitutantes deviennent de plus en plus plates pendant que les bourgeons eux-mêmes s'amincissent progressivement aussi.

Ces modifications peuvent devenir encore plus évidentes car, en plusieurs endroits, les bourgeons s'anastomosent et laissent entre eux des vides que remplit le tissu conjonctif papillaire enflammé dans la majorité des cas. Jamais les cellules ne fran-

chissent la membrane basale. Jamais on ne rencontre des globes épidermiques contenant des cellules imbriquées les unes sur les autres ou des perles épidermiques renfermant des cellules en voie de kératinisation. Ces modifications sont tellement caractéristiques, tellement intenses en certains points qu'il ne serait pas hors de propos de parler de papillomatose pour désigner ces altérations de la couche épithéliale gingivale.

Ces productions épithéliales hypertrophiques ou papillomateuses ne nous semblent pas être sous la dépendance d'un processus aigu. Et pour justifier en quelque sorte notre opinion, nous croyons pouvoir invoquer dans ce but l'absence de figures de division cellulaire dans les cellules épithéliales.

En effet, l'examen le plus attentif des coupes ne nous a pas fait découvrir la moindre figure de division cellulaire soit directe ou amitotique soit indirecte ou karyocinétique.

En somme, nous sommes ici en présence d'une altération banale, que nous retrouvons dans une foule de conditions pathologiques. C'est ainsi que nous avons retrouvé la même modification morphologique dans un cas typique de tuberculose linguale. Là aussi, on voit une hypertrophie manifeste des bourgeons épithéliaux interpapillaires. Il en est de même dans les cas d'affection syphilitique de la peau et de la muqueuse. En général, cette lésion se rencontre dans les conditions où l'on trouve un épithélium dont les couches sous-épidermiques sont le siège d'un processus irritatif quelconque, le plus souvent d'ordre inflammatoire ou néoplasique.

Si, en plusieurs points, nous trouvons une hypertrophie épithéliale manifeste, nous voyons, en d'autres régions, des modifications tout opposées. Il s'agit d'un *effacement des papilles* et des bourgeons épithéliaux interpapillaires. Nous avons peu de chose à dire à ce sujet.

On voit les cellules épithéliales tassées les unes sur les autres et plus plates que d'ordinaire. La membrane basale et les cellules malpighiennes directement sus-jacentes se présentent sur la coupe, non plus comme une couche ondulée délimitant les papilles, mais comme une ligne droite. Les papilles n'existent donc plus. L'explication de ce phénomène est facile à saisir : les tissus sous-épithéliaux étant en voie de multiplication, augmen-

tent en volume et tâchent de trouver de la place. Il en résulte tout naturellement que l'enveloppe épithéliale qui recouvre la masse néoplasique est refoulée, amincie, tendue, et que ses plis s'effacent peu à peu.

Jusqu'ici, nous n'avons envisagé que les altérations épithéliales au point de vue des rapports qu'affecte le tissu épithélial lui-même avec les couches du tissu voisin. Il nous reste encore à examiner les lésions épithéliales au point de vue des cellules de ce tissu. Nous voulons parler de *l'inflammation*, de *l'ulcération* et des *dégénérescences cellulaires*.

L'inflammation que nous trouvons dans les épulis intéresse aussi bien les couches épithéliales que les masses néoplasiques constituant la tumeur. En règle générale, partout où l'on trouve des papilles en état d'inflammation, là aussi il existe des lésions inflammatoires dans les couches épithéliales correspondantes.

Dans ces régions, on constate que la délimitation entre épithélium et tissu conjonctif papillaire est difficile à saisir. Au reste, voici ce qu'on peut distinguer : tous les vaisseaux sanguins du tissu sous-épidermique sont béants, à endothélium turgescent et bourrés d'éléments figurés du sang, surtout de leucocytes. Dans les mailles du tissu conjonctif se rencontre une accumulation, parfois considérable, d'éléments ronds, petits, d'apparence embryonnaire, mélangés à d'autres éléments qui sont manifestement des leucocytes, très reconnaissables à leur noyau multilobé en forme de boudin. Cette accumulation embryonnaire et leucocytaire se propage presque dans les couches épithéliales. La pénétration de l'épithélium par les éléments en question est parfois si intense que les nappes d'infiltration embryonnaire et leucocytaire du tissu sous-épidermique et du tissu épithélial sont confluentes et forment une sorte de nappe compacte.

Du tissu épithélial, on ne voit plus alors que quelques vestiges. En d'autres régions, l'infiltration est moins intense, moins brutale pourrait-on dire. On constate alors dans les couches épithéliales un nombre considérable de leucocytes caractéristiques qui se sont insinués entre les cellules épithéliales. L'épithélium est modifié d'une façon particulière : on voit perpendiculairement à la membrane basale des lignes claires, le plus souvent rectilignes, parfois sinueuses. On dirait que l'épithélium est pourvu

d'entailles partant de sa membrane basale. Ce ne sont, redisons-le, que des chemins résultant de la pénétration des leucocytes qui se sont insinués entre les cellules épithéliales. On dirait que plusieurs leucocytes y ont passé à la file, l'un derrière l'autre, et que la voie créée par le premier est restée permanente à la suite du passage successif de ceux qui l'ont suivi.

Entre les régions où l'on trouve l'inflammation et celles où existe une ulcération, on constate les phénomènes suivants : La couche des cellules épithéliales pavimenteuses s'amincit de plus en plus jusqu'à devenir une couche unique. Cette dernière disparaît à son tour et l'on trouve alors le tissu sous-épidermique dénudé de son revêtement épithélial et réduit à une accumulation de cellules embryonnaires et de leucocytes. Au milieu de ce tissu enflammé, on rencontre quantité de vaisseaux béants et gorgés de leucocytes.

Quant à la dégénérescence rencontrée dans les cellules épithéliales, nous l'avons déjà décrite en détail.

Elle consiste en une augmentation de volume, une turgescence de la cellule épithéliale. Cette dernière a pris une teinte claire et ne fixe plus du tout les matières colorantes. Seul le noyau est net et bien coloré par l'hématoxyline. C'est en somme une dégénérescence claire des cellules épithéliales probablement sous l'influence de l'œdème ou de l'inflammation.

2° MODIFICATIONS SPÉCIALES DE L'ÉPITHÉLIUM

Sous cette dénomination, nous rangeons la modification épithéliale qui forme la néoplasie bénigne des cellules épithéliales et la transformation adamantine de ces dernières. Cette altération morphologique constitue bien une entité spéciale; il ne s'agit pas ici d'une simple lésion banale comme les altérations que nous avons décrites plus haut. Ici, en effet, nous avons tout d'abord affaire à une altération morphologique qui est spéciale à la région des gencives; puis cette altération imprime aux épulis où on la rencontre un cachet particulier, un aspect très caractéristique.

Enfin, et le fait est digne de remarque, la néoplasie épithéliale

en question semble en quelque sorte prendre part à l'édification du tissu complexe de la tumeur épulidienne.

Il est inutile de revenir ici sur la description de cette modification épithéliale, puisque nous avons reproduit l'excellente description qui en a été faite par M. Albarran dans son observation.

Nous-mêmes, nous croyons avoir fidèlement reproduit l'image microscopique de la coupe de l'observation 24, dans laquelle nous avons constaté l'existence d'une transformation adamantine de l'épithélium gingival. Mais il importe cependant que nous en disions encore quelques mots pour en fixer toute l'importance.

Nous avons sur ce point à retenir trois faits intéressants.

1^o Il y a manifestement une prolifération épithéliale qui se traduit par l'allongement et l'enfoncement dans les tissus voisins des bourgeons épithéliaux interpapillaires. Ce qui est, en quelque sorte, caractéristique de cette prolifération, c'est un mode d'enfoncement spécial dans les couches profondes.

Nous avons vu, en parlant des lésions banales, que dans la grande majorité des cas, l'examen d'une épulis nous montre des bourgeons épithéliaux interpapillaires hypertrophiés, enfoncés dans les tissus sous-jacents en conservant plus ou moins leur forme tout en s'amincissant de plus en plus.

Dans la néoplasie épithéliale qui nous occupe, les choses se passent un peu différemment. Quand on étudie les bourgeons épithéliaux qui sont le siège d'une transformation adamantine, on remarque que ces bourgeons, en général au moins, ne s'amincissent pas en gagnant la profondeur. Ils deviennent plus larges au contraire, on dirait qu'ils s'étalent et s'épanouissent. Un peu plus loin ils s'arrêtent brusquement et de cette partie profonde partent alors quelques tractus épithéliaux, souvent composés seulement d'une double rangée de cellules, s'enfonçant dans la profondeur. Parfois on constate un réel amincissement à l'origine des bourgeons, mais en s'enfonçant davantage, ces bourgeons s'étalent toujours. Il existe alors un véritable pédicule formé par un rétrécissement du bourgeon et reliant ce dernier à la couche épithéliale normale de revêtement.

2^o Cette néoplasie se distingue encore par un signe tout particulier, nous devrions dire pathognomonique. C'est la transformation adamantine de ses cellules constituantes.

Déjà au *faible grossissement*, ces bourgeons fixent l'attention parce qu'ils sont formés de deux parties distinctes : une partie sombre, bien colorée, occupant la périphérie, et une portion plus claire, occupant le centre ou plutôt l'axe du bourgeon. Au fort grossissement, la partie sombre, externe ou marginale se résout en une juxtaposition de cellules qui morphologiquement se sont écartées de leur type d'origine, la cellule épithéliale pavimenteuse.

Celles-ci sont franchement cubiques et présentent un protoplasma granuleux et un noyau bien coloré. A mesure qu'on remonte vers la surface on voit ces cellules se transformer insensiblement, passer par tous les intermédiaires, pour aboutir finalement aux cellules normales pavimenteuses.

Quant à la partie claire, centrale, on y trouve des cellules qui n'ont plus rien de commun avec leur type primitif. La forme épithéliale n'existe plus ; aussi trouvons-nous des cellules à protoplasma peu colorable, pas plus du reste que leur noyau. Elles affectent une forme polymorphe : les unes sont rondes, globuleuses ; les autres fusiformes. Mais la grande majorité se présente sous une forme étoilée, pourvue de prolongements qui, tantôt sont minces, tantôt épais.

Entre les cellules cuboïdes et les cellules centrales claires et étoilées, on rencontre aussi tous les stades intermédiaires.

3° Le troisième fait intéressant, c'est la profondeur de l'engagement des bourgeons épithéliaux vers la partie centrale. Tandis que dans les hypertrophies banales, nous pourrions dire aussi inflammatoires, presque tous les bourgeons épithéliaux s'engagent dans la profondeur avec une longueur sensiblement égale, ici au contraire, il n'y a aucune règle, aucune loi. Les bourgeons ont une direction et une longueur très variables, capricieuses, pourrait-on dire. Il suffit de regarder une coupe de ces épulis spéciales pour se convaincre qu'il existe au sein du tissu fibro-sarcomateux (observation personnelle) des îlots de cellules claires entourées d'une bordure de cellules cuboïdes plus fortement colorées. Nous insistons sur ce détail, parce qu'il montre à quel point il y a fusion intime entre le tissu de la tumeur et les tractus épithéliaux modifiés par la transformation adamantine de certaines de leurs cellules.

Donc, dans ce cas, le tissu épithélial modifié prend une part, peu considérable il est vrai, mais non négligeable à l'édification du tissu propre de la tumeur. Ces phénomènes nous permettent de faire une première division parmi les épulis, abstraction faite de la morphologie du tissu formant la tumeur :

L'Épulis simple conjonctive ;

L'Épulis mixte ou épithélio-conjonctive.

II

Tissu propre de la Tumeur

Après avoir décrit la morphologie et les lésions de l'épithélium de revêtement gingival, nous passons en revue les divers éléments qui interviennent dans la constitution de la tumeur elle-même. Nous avons déjà vu un de ses tissus, le tissu épithélial pavimenteux stratifié, ayant subi la transformation adamantine.

Il nous reste à passer les autres en revue, et disons-le de suite, tous ces tissus appartiennent au système connectif.

Voici les tissus que les auteurs et nous-mêmes avons trouvés dans la constitution des épulis (restriction personnelles faites pour quelques groupes, ainsi que nous l'indiquons dans le tableau suivant) :

A)	Tissu muqueux	Epulis myxomateuse.
	» muqueux	» myxosarcomateuse.
	» sarcomateux	
B)	Tissu fibreux	Epulis fibromateuse.
C)	Tissu osseux	Ostéome. . . }
	» cartilagineux	Chondrome . }
		<i>Ne sont pas pour nous des Epulis.</i>
D)	Tissu osseux	Epulis ostéofibromateuse.
	» fibreux	
E)	Tissu fibreux	Epulis chondrofibromateuse.
	» cartilagineux	

		a) Sarcome globocellulaire (encéphaloïde) <i>N'est pas une Épulis.</i>	
F)	Tissu sarco-	b) » à cellules polymorphes . . .	Epulis.
	mateux . .	c) » fusocellulaire (fasciculé). . .	»
		d) » à myéloxes	» la plus fréquente.
G)	Tissu sarcomateux	}	Epulis fibrosarcomateuse.
	» fibreux		
H)	Tissu sarcomateux	}	Epulis ostéosarcomateuse.
	» osseux		
I)	Tissu sarcomateux	}	Epulis ostéofibrosarcomateuse.
	» fibreux		
	» osseux		

ÉPULIS SIMPLES CONJONCTIVES.

Un fait important à signaler, c'est que, au-dessous de la couche épithéliale de revêtement, on ne tombe pas directement sur le tissu propre de la tumeur.

Dans la grande majorité des cas, on trouve un tissu sous-épidermique, constitué par du tissu conjonctif ordinaire, enflammé dans bien des cas.

L'épaisseur de ce tissu sous-épidermique est très variable : dans certains cas, il pénètre profondément. A mesure que l'on avance dans la profondeur, ce tissu conjonctif devient plus dense et se transforme en tissu fibreux dans les cas de fibrome, ou est en régression embryonnaire avec de nombreux stades de transition, dans le cas de sarcome.

D'autres fois, au contraire, la limite entre le tissu propre de la tumeur et le tissu sous-épidermique est plus tranchée. On constate l'envahissement de cette couche par des prolongements du tissu néoplasique sous-jacent. Or, ce fait est important, car, si l'on examine un fragment trop superficiel, on risque de ne pas tomber sur le tissu propre de la tumeur.

Il y a pourtant des cas où le tissu conjonctif sous-épidermique n'existe pas et où le tissu épithélial recouvre directement le tissu sarcomateux (une observation).

A. *Myxome*. — Parmi les tissus du système connectif, nous pouvons nous arrêter d'abord au tissu muqueux.

Dans nos observations personnelles et dans les relations d'observations des auteurs, nous n'avons trouvé aucun cas d'épulis à structure franchement myxomateuse. Les auteurs allemands cependant (Ziegler, p. 487) admettent, non seulement l'existence des myxomes dans la région gingivale, mais leur appliquent le nom d'épulis.

Parmi les tumeurs mixtes se rapportant à ce groupe, nous n'avons connaissance que de l'observation de Trélat (Obs. XXII) qui semble être celle d'un myxosarcome. Il est regrettable que nous ne possédions pas cette relation complète qu'il eût été fort intéressant de reproduire.

B. *Fibrome*. — Après le tissu muqueux, nous devons parler d'un tissu plus différencié, le tissu fibreux.

Parmi les observations d'épulis fibromateuses, nous pouvons signaler les suivantes : 1 Observation du Pr Augier, 2 Obs. de Désir de Fortunet, 1 Personnelle (Obs. 3).

Il n'y a aucun doute à avoir sur l'existence d'épulis dont la constitution histologique soit entièrement fibromateuse ; mais, en comparaison des cas où l'on a signalé du tissu fibreux mêlé à du tissu sarcomateux, les épulis purement fibromateuses sont très peu fréquentes.

Parmi toutes les épulis dont nous avons fait l'examen histologique, nous ne possédons qu'une pièce répondant à ce type.

Elle est composée par une tumeur recouverte de l'épithélium gingival, présentant les lésions banales connues et dont le stroma est uniquement constitué par des faisceaux fibreux entre lesquels, par endroits, nous trouvons des accumulations embryonnaires, d'ordre inflammatoire.

La tumeur ne renfermait ni production osseuse, ni myéloplaxes.

C. *Ostéomes*. — *Chondromes*. — Les classiques allemands (Ziegler) rangent les petits ostéomes et les chondromes de faible volume parmi les épulis.

Nous n'avons pas retrouvé dans les auteurs français d'épulis ayant la structure de l'ostéome. Quant au chondrome, il existerait, ainsi qu'en font foi les observations de Dolbeau, Beck, Deroubaix

et Lediard, auxquelles Broca fait allusion dans son chapitre Epulis, du traité de chirurgie S. Duplay et Reclus.

Nous ne mettons nullement en doute l'existence de ces tumeurs dans la région gingivo-alvéolaire; mais, nous ne pensons pas qu'on puisse leur donner le nom d'épulis, pas plus d'ailleurs qu'aux carcinomes admis par certains auteurs, car ils ne correspondent pas du tout à l'idée clinique que nous nous faisons de l'épulis.

D. *Ostéofibrome*. — Si le fibrome pur est une rareté, il n'en est pas de même des deux variétés : le fibrosarcome (dont il sera question plus loin) et l'ostéofibrome (Observations 4, 5).

Dans l'ostéofibrome, on trouve toujours une couche épithéliale de revêtement qui, tantôt peut être normale, tantôt présente les modifications déjà décrites en traitant de l'épithélium.

Au-dessous de cette couche, on trouve une couche sous-épidermique de tissu conjonctif ordinaire, enflammé ou non. Plus profondément, on constate que le tissu conjonctif devient de plus en plus serré, plus dense, et se transforme insensiblement en tissu fibreux.

Celui-ci est formé d'une substance intermédiaire, d'aspect fibrillaire, dans laquelle on rencontre des cellules allongées pourvues de noyaux également allongés. Ce tissu est disposé en faisceaux s'anastomosant et se croisant dans toutes les directions. Cependant, autour des vaisseaux, les faisceaux de tissu fibreux sont disposés le plus souvent en couches concentriques.

Dans les cas où il existe un processus inflammatoire dans la tumeur, on constate en divers points une dissociation des faisceaux circoncrivant de petites logettes irrégulières et contenant de petites cellules rondes embryonnaires.

Au sein même du tissu fibreux, on trouve, disposés sans ordre apparent, de petits ilots qui, au *faible grossissement*, paraissent amorphes et qui, sous l'influence de l'hématoxyline, prennent une teinte pourpre uniforme, tranchant sur la couleur bleue des noyaux du tissu fibreux.

La limite entre ces petits ilots osseux et le tissu fibreux environnant est formée par des cellules assez volumineuses et d'aspect cuboïde, constituant du périoste.

Quand on examine ces ilots au *fort grossissement*, on trouve que leur constitution n'est pas uniforme ; il y a des parties plus denses, d'autres moins denses, ainsi qu'en fait foi la teinte plus ou moins foncée que revêtent ces parties.

Ces ilots présentent un aspect feuilleté, lamelleux, et sont souvent disposés concentriquement autour d'une petite cavité centrale.

Le fond est absolument amorphe : on n'y peut distinguer aucune structure ; mais, au sein de cette masse, on remarque des noyaux, le plus souvent allongés, représentant le noyau des cellules osseuses embryonnaires.

Dans les cavités creusées au sein de ce tissu osseux, il existe un tissu spongieux formé par l'enchevêtrement de minces fibrilles s'anastomosant en tous sens et rappelant le tissu muqueux. Parfois on rencontre dans ce tissu muqueux une agglomération de cellules embryonnaires.

Dans tous les ostéofibromes observés par nous, nous n'avons pu déceler la présence de myéloplaxes.

L'existence cependant d'une cavité médullaire dans les masses osseuses n'est pas absolue puisque dans une Observation nous avons pu examiner un nodule osseux de grandeur assez considérable, ne contenant pas de cavité médullaire.

Nous y avons vu au contraire des canalicules de Havers bien constitués.

La pièce histologique de cette même observation présente aussi ceci de remarquable que les cellules osseuses sont adultes, pourvues de leurs prolongements ramifiés. Dans une autre Observation, les cellules osseuses sont plutôt embryonnaires et dépourvues de prolongements.

E. *Chondrofibromes*. — De même qu'il existe des épulis à constitution fibreuse renfermant dans leur contenu des aiguilles osseuses, il n'est pas impossible d'admettre qu'on puisse trouver de semblables tumeurs où se trouveraient des nodules cartilagineux, au lieu de nodules osseux.

Les tumeurs seraient donc des épulis chondro-fibromateuses analogues aux épulis ostéo-fibromateuses. Mais cependant, nous n'avons pas trouvé dans la littérature de relation de pareils cas.

F. *Sarcomes*. — a) *Sarcome globocellulaire*. — Il peut exister dans la région gingivo-alvéolaire des sarcomes globo-cellulaires (encéphaloïdes) qui, au point de vue clinique, sont malins ; mais ils ne correspondent pas non plus à la notion clinique de l'épulis que nous admettons.

b) *Sarcomes à cellules polymorphes*. — Les épulis présentant la structure de sarcomes à cellules polymorphes ne sont pas très fréquents. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas personnellement.

Pour la description de ce type d'épulis, nous renvoyons à l'Observation 6, où la description détaillée en est faite. Nous devons cependant appeler l'attention sur quelques faits dignes de remarque.

D'abord, dans l'espèce, nous n'avons pas affaire à un sarcome à cellules polymorphes pur, ce qui nous ramènerait au cas d'un sarcome hautement malin (qui ne serait pas une épulis).

Ici nous trouvons : 1^o que la tumeur sarcomateuse à cellules polymorphes est parcourue en certains endroits par des faisceaux de tissu fibreux (préexistants ou néoplasiques ?), ce qui témoigne de la bénignité relative de cette tumeur ; 2^o que si, dans ces tumeurs, les cellules polymorphes prédominent, on y trouve aussi en quelques points des cellules à un degré de différenciation plus élevé. On constate en effet parmi les amas de cellules polymorphes, des cellules sarcomateuses allongées du type fasciculé. Mais c'est toujours le type polymorphe qui prédomine.

Dans ce type, nous n'avons pas rencontré de myéloplaxes.

c) *Sarcomes fuso-cellulaires* (fasciculés). Observations 7, XX, etc. — Les tumeurs présentant ce type ne sont pas très fréquentes, car, bien que le plus grand nombre des épulis sarcomateuses soient du type fuso-cellulaire, dans la grande majorité des cas, il y a des myéloplaxes : nous devons donc ranger ces tumeurs dans le groupe suivant (d).

Les épulis sarcomateuses du type fuso-cellulaire sont constituées par des cellules embryonnaires allongées, à noyaux allongés aussi. Leur peu de substance intermédiaire fibrillaire les fait ranger parmi les sarcomes, bien qu'il existe entre ce type et le fibrome pur, différents stades intermédiaires. (Voir à ce sujet les

Observations de Désir de Fortunet, nos 1, 2, 9, etc.), dans lesquelles on voit les modifications de passage du fibrome constitué par du tissu fibreux adulte jusqu'au sarcome fasciculé constitué par des cellules allongées et embryonnaires.

d) *Sarcomes à myéloplaxes*. — Les épulis à myéloplaxes sont fréquentes et nous en avons relevé un certain nombre de cas (Obs. : 14, 15, 16°, 17; XXII à XXXIII qui = 18, LV, 10, 11).

Les sarcomes à cellules géantes (Riensenzellensarkome des Allemands) sont connus depuis longtemps et sont désignés en France, depuis les travaux de Robin (C. R. de la Société de Biologie, 1849) et la publication de Nélaton (d'une nouvelle espèce de tumeur bénigne des os ou tumeur à myéloplaxes, Thèse Paris, 1860), sous le nom de sarcome ou tumeur à myéloplaxes. On s'est servi aussi du terme de myélome pour les désigner (Heurtaux, Myélome des gaines tendineuses. Arch. de médéc., 1891).

Pendant longtemps, l'idée que les myéloplaxes étaient des éléments particuliers, une véritable espèce histologique a été admise par tous. Mais cette conception a été renversée à la suite des travaux de Leboucq, Brodowski, Wegner, Leuschin et surtout par les recherches de deux auteurs français. Malassez et Monod [Sur les tumeurs à myéloplaxes (Sarcomes angio-plastiques) Arch. de Phys., 1778.] Ces auteurs ont montré que les myéloplaxes sont en rapport avec le développement des vaisseaux. MM. Augier et Van Ermengen dans la note qu'ils ont ajoutée à la traduction du traité de Ziegler, ont très bien mis la question au point. Nous nous permettons de citer ce passage : « En effet, dans les tumeurs à myéloplaxes, on trouve de grandes masses protoplasmiques, très irrégulières, s'anastomosant entre elles et contenant des noyaux irrégulièrement groupés. Quelques-unes de ces masses ont une forme plus ou moins cylindrique ; dans leur protoplasma, outre les noyaux on trouve des vacuoles en nombre variable, les unes vides, les autres contenant des globules rouges, parfois mêlés à quelques globules blancs : dans certaines préparations, le volume de ces cavités est si grand que le protoplasma est refoulé et que la cellule prend l'aspect d'un cylindre canaliculé, contenant des globules rouges.

Dans certaines tumeurs, les rapports de ces myéloplaxes avec

les vaisseaux sont tout à fait évidents, car on les trouve parfois au milieu d'espaces tapissés de cellules endothéliales et comblés par des hématies; ces éléments sont tantôt accolés à la surface interne de la paroi vasculaire, tantôt libres dans la cavité du vaisseau; les myéloplaxes extra-vasculaires sont souvent en connection directe avec la paroi externe des vaisseaux capillaires et même Malassez a pu voir une vacuole de l'un de ces myéloplaxes se continuer directement avec la cavité d'un capillaire sanguin.

Dans un cas de tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur nous avons pu vérifier en tous points l'exactitude de la description de Malassez et Monod: nous avons constaté les rapports étroits des myéloplaxes avec les parois vasculaires et en particulier leur situation dans l'intérieur des vaisseaux, au milieu des globules rouges.

Quant à la signification précise de ces éléments, il est difficile de la préciser et d'affirmer sans doute possible, qu'il s'agit de véritables cellules vasoformatrices incomplètement développées, métatypiques et analogues aux cellules angioplastiques de Ranvier. Nous serions plutôt porté à admettre que ces éléments sont des cellules endothéliales anormalement développées ».

Il nous reste encore un détail à ajouter. On trouve des myéloplaxes dans certains sarcomes à cellules du type polymorphe, et dans des sarcomes à cellules du type fuso-cellulaire. Les cellules sarcomateuses des épulis à myéloplaxes sont presque toujours du type fuso-cellulaire.

G. *Fibrosarcomes*. — Nous entendons par là les tumeurs dans lesquelles il y a un mélange de sarcome et de tissu fibreux adulte. Ces tumeurs existent et nous en avons recueilli un certain nombre de cas; mais nous n'avons aucune description histologique complète à présenter à ce sujet.

H. *Ostéosarcomes*. — (Observations 19, L à LIV, 20).

Les ostéosarcomes, encore désignés sous le nom de sarcomes ossifiants, sont les analogues des ostéo-fibromes dont il a été question plus haut. Ce sont généralement des tumeurs sarcomateuses dont les cellules possèdent le type fuso-cellulaire. Au sein de la masse néoplasique, on rencontre des îlots de

substance osseuse qui, au microscope, se présentent sous la forme de masses homogènes striées et lamelleuses, renfermant parfois dans leur intérieur, des cavités médullaires et des cellules osseuses embryonnaires.

I. *Ostéofibrosarcomes*. — (Observations 14, 22).

Cette variété d'épulis constitue le type le plus complexe que nous ayons rencontré de ces tumeurs. Elles sont composées d'un stroma fibreux constitué par des faisceaux de tissu fibreux, faisceaux qui s'anastomosent et s'entrecroisent dans toutes les directions.

Il en résulte que, entre ces divers faisceaux, il existe des loges remplies par des cellules sarcomateuses. Au milieu de ces cellules sarcomateuses, on trouve de petits nodules osseux, sur la constitution desquels nous n'avons plus à revenir.

L'observation 14 est un des plus beaux exemples de ce type.

Mais, dans l'observation 22, nous avons trouvé une structure plus complexe encore : outre les tissus fibreux, sarcomateux et osseux qui forment les parties constituantes de la tumeur, nous trouvons, en outre, au sein du tissu sarcomateux, une dégénérescence myxomateuse.

ÉPULIS MIXTES, ÉPITHÉLIO-CONJONCTIVES.

Cette variété d'épulis se distingue de la variété précédente des épulis simples conjonctives par la part que prend l'élément épithélial dans la constitution du tissu propre de la tumeur.

Il ne s'agit pas ici d'une tumeur d'ordre épithélial, au même titre que le papillome, l'adénome, l'épithélioma ou le carcinome. Mais la majeure partie de la tumeur est formée par des tissus du groupe conjonctif (fibrome ou sarcome) : le tissu épithélial n'y occupe qu'une place secondaire et sa prolifération est toujours de nature bénigne, bien limitée, non envahissante,

En comparaison avec la variété simple conjonctive, ce groupe-ci est excessivement restreint : nous n'avons à présenter que deux observations : un cas de M. Albarran et un cas personnel. Il se peut que d'autres auteurs aient eu des pièces

analogues, mais leur attention n'étant pas attirée sur ce point spécial que nous avons tâché de mettre en lumière dans le cours de ce travail, ils n'ont pas su rattacher certains amas de cellules à caractères spéciaux à la couche épithéliale de recouvrement dont ils dérivent.

La division que nous proposons ici, savoir qu'au point de vue anatomique il y a lieu de distinguer deux variétés d'épulis : épulis simple conjonctive et épulis mixte épithélio-conjonctive, est une notion purement anatomique et repose uniquement sur la structure histologique de la tumeur.

C'est assez dire que, si nous adoptons cette division au point de vue histopathologique, nous ne prétendons pas la transporter dans le domaine clinique.

Existe-il réellement une différence entre ces deux espèces d'épulis ; au point de vue clinique, il nous est impossible de le dire pour le moment et nous nous bornons à appeler l'attention sur ce groupe des épulis mixtes, pour qu'à l'avenir les cas d'épulis soient étudiés cliniquement, mais surtout *histologiquement*. Ce n'est qu'après avoir réuni un grand nombre de cas soigneusement relatés cliniquement et anatomiquement (l'observation devant porter surtout sur les modifications épithéliales), qu'on pourra se faire une idée à ce sujet. Notre seul but ici est d'indiquer le chemin à suivre et de tracer l'ébauche d'une division anatomique qui jusqu'ici faisait défaut.

Nous dirons peu de chose de la description de ces tumeurs, puisqu'il y a à ce sujet deux observations anatomiques détaillées au chapitre de l'Anatomie pathologique spéciale et que la description de la transformation épithéliale adamantine a été traitée dans le chapitre de l'Anatomie pathologique générale quand nous avons parlé des modifications spéciales de l'épithélium. Jusqu'ici nous pouvons signaler que cette prolifération épithéliale s'est produite dans deux cas différents.

1^o Un cas où le tissu propre de la tumeur de nature conjonctive est un mélange de fibrome et de sarcome (observation personnelle).

1^o Un cas où le stroma propre était fibromateux (cas d'Albarran, 23).

Existe-t-il d'autres types de stroma : sarcome fuso-cellulaire,

sarcome à myéloplaxes, etc., pouvant s'associer à une néoplasie vraie, épithéliale, avec transformation adamantine ? C'est une lacune à combler et il y a là matière pour des recherches futures.

Nota. — L'anatomie pathologique macroscopique faisant plutôt partie à notre avis de la symptomatologie même, nous préférons placer ce qui a trait à la morphologie des épulis dans la partie purement clinique de ces observations.

PATHOGÉNIE, HISTOGÉNÈSE

La pathogénie des épulis n'existe pas; car, puisque nous avons affaire à des tumeurs, la pathogénie, c'est-à-dire la cause première de leur production se confond avec celle des autres néoplasies.

Certains auteurs ont cru cependant pouvoir en faire des affections microbiennes.

C'est ainsi que Francke fait du sarcome à myéloplaxes une affection parasitaire dont le microbe pathogène serait un bacille de 3 μ . de large; mais les inoculations qu'il a faites sont restées négatives et laissent la question en suspens. Bard aussi se demande, après examen histologique des épulis à myéloplaxes, si l'on ne doit pas rattacher leur formation à des processus parasitaires microbiens: « On ne trouve pas, en effet, dit Désir de Fortunet, qui le cite, dans les tumeurs à myéloplaxes, de types cellulaires nettement semblables aux types physiologiques.

Il semble plutôt que l'on ait affaire à des foyers multiples d'une fermentation microbienne caractérisée, ici comme toujours, par l'apparition d'éléments morphologiques atypiques et spécifiques de la cause qui les a produits. Suivant cette manière de voir, le myéloplaxe trouverait son analogue dans la cellule géante de la tuberculose, bien plus encore que dans cette formation à noyaux multiples exceptionnelle et très difficile à rencontrer que Robin a décrite dans la moelle des os.

La considération de la forme même des éléments cellulaires de ces tumeurs fait penser à M. Bard que le périoste alvéolo-dentaire est vraisemblablement le tissu qui sert de subs-

tratum au développement du parasite et à la fermentation qu'il détermine.

Il n'est pas étonnant que l'on ne retrouve plus parmi les tumeurs à myélopaxes, les degrés qui existent entre les tumeurs proprement dites d'un même tissu. Quant aux différences que l'on signale entre les divers cas, elles n'en sont pas moins réelles et sont sans doute le fait de l'intensité quelque peu variable de la cause virulente. C'est ainsi encore que l'on peut comprendre l'existence, dans certains cas, de tumeurs multiples.

De plus, cette localisation si fréquente aux maxillaires des tumeurs à myélopaxes semble bien parler en faveur de cette origine microbienne. Le parasite trouve un véhicule dans les aliments, il peut séjourner dans la cavité buccale et pénétrer jusqu'au périoste alvéolo-dentaire par la porte d'entrée que ne tardera pas à lui offrir un petit point de la gencive.

L'engorgement ganglionnaire relevé dans certains cas de tumeurs bénignes épulidiennes serait aussi un signe d'infection par propagation lymphatique. Mais, hâtons-nous de dire qu'on n'a pas encore trouvé ce parasite et que ces considérations sont seulement basées sur les données anatomiques pathologiques et auraient besoin, pour être définitivement admises, du contrôle expérimental ».

Rappelons aussi en passant l'hypothèse de Salter et de Terrillon dont nous avons déjà parlé à l'étiologie et qui croient trouver l'origine de ces tumeurs dans des dents anormalement développées (dents incluses, etc.).

En vérité, malgré les recherches qui ont été faites dans ce sens, nous ne sommes encore nullement fixé sur la pathogénie des épulis.

Avant de pouvoir déterminer exactement la pathogénie de ces tumeurs, il importerait d'abord de connaître leur lieu d'origine.

Ici, bien que nous ayons des données plus précises, les auteurs cependant ne sont pas tous d'accord.

Le point de départ de l'épulis à prédominance de tissu fibreux, a été l'objet de nombreuses discussions. On s'accorde cependant assez volontiers maintenant à le faire naître du périoste alvéolo-dentaire.

Mais, pour l'épulis sarcomateuse, les avis sont partagés. Nélaton pense que son origine est toujours dans la moelle osseuse. « Les éléments médullaires des canalicules de Havers, qui s'abouchent à la surface de l'os, suffisent à expliquer le développement de la tumeur lorsque la lame compacte sous-jacente est complètement intacte; lorsqu'elle est au contraire perforée, il est plus facile encore de comprendre que la maladie débute dans les aréoles du tissu spongieux mis à découvert. La tumeur de l'arcade alvéolaire peut n'être enfin que le prolongement d'une tumeur intra-osseuse dont la partie principale est encore contenue dans l'épaisseur de la mâchoire ».

Pour Virchow, l'épulis serait le résultat d'un processus sous-périostique, et, à l'appui de son dire, il rappelle des observations de Verneuil et Velpeau où la tumeur est séparée de l'os ancien par une base osseuse ou molle en partie, mais traversée par des aiguilles osseuses.

Magitot et d'autres incriminent le périoste alvéolo-dentaire.

Toutes ces hypothèses permettent à Broca de dire : « Faut-il donc invoquer avec Virchow, Magitot, Lannelongue, Trélat, le périoste sous-gingival, ou bien, avec E. Nélaton, Dolbeau, Cornil et Ranvier, faut-il faire naître l'épulis jusque dans la moelle osseuse ? »

De plus, la tumeur s'implante-t-elle primitivement comme le veut Salter, au niveau du collet de la dent, ou bien doit-on accorder à Magitot qu'elle est d'abord profonde, située au fond de l'alvéole d'où elle chasse la dent? Peut-être toutes ces hypothèses sont-elles réalisées chacune à leur tour, et peut-être aussi ces diversités d'origine sont-elles en relation avec certaines particularités de structure. Ainsi les tumeurs à myéloplaxes que visent surtout Dolbeau, E. Nélaton, débuteraient à l'intérieur de l'os dans les cloisons inter-alvéolaires et ne perceraient au dehors qu'après rupture de la coque qui primitivement les entoure. Par contre les myxomes seraient périostogènes d'après Trélat. »

Nous voyons donc que cette question est encore remplie de points obscurs et que seules des observations histologiques soignées pourront contribuer à résoudre la question.

Parmi toutes les opinions émises par les auteurs, s'il nous

est permis de donner notre opinion, il en est une à laquelle nous souscrivons volontiers : il nous semble que, quand l'épulis possède la structure d'un sarcome à myélopaxes, il est d'origine ostéo-médullaire.

Pour les autres cas, il n'est pas encore possible de préciser d'une façon bien nette, et, ce qui semble le plus probable, c'est, comme le dit Broca, l'origine multiple de ces formations plutôt qu'une origine unique, exclusive.

ÉTUDE CLINIQUE

I. SYMPTÔMES

L'évolution des épulis permet de leur décrire cliniquement deux périodes, l'une dans laquelle les symptômes subjectifs seuls existent, l'autre (période d'état) pendant laquelle la tumeur constituée continue à se développer.

Bien qu'assez rarement l'épulis s'ulcère, comme on en a signalé quelques cas, il est permis d'ajouter à ce tableau clinique une troisième période, celle de l'ulcération.

Quant à la généralisation de la tumeur, comme elle n'est l'apanage que de quelques cas spéciaux, nous ne pouvons que la signaler.

1^{re} période ou période de début.— Comme à ce moment la tumeur n'existe pas ou plutôt qu'elle est intra-alvéolaire et invisible, les symptômes fonctionnels sont les seuls signes de l'affection. La tumeur qui se développe dans l'alvéole en comprimant la dent ou mieux le paquet vasculo-nerveux qui s'y rend donne lieu à de l'odontalgie intense parfois terrible et à une sensation de tension profonde. Ces douleurs dentaires se limitent du reste assez peu souvent au seul point malade, mais irradient dans toute la mâchoire et le seul palper méthodique de chacune des dents finit par indiquer quel est le siège de la lésion, la dent sous laquelle se développe l'épulis étant d'ordinaire beaucoup plus douloureuse à la pression que les autres.

Peu à peu, la dent soulevée par la tumeur qui augmente de volume devient mobile, et finit même par disparaître, soit qu'elle tombe d'elle-même, soit que le patient ne se la soit fait de lui-même enlever. Au reste, la dent enlevée, les douleurs de compression nerveuse cessent, et le malade se croit guéri, mais la tumeur continuant à se développer va apparaître dans l'alvéole libre.

L'épulis peut aussi se développer dans un alvéole déshabité dès le début, ou même dans un espace inter-dentaire, comme sur un des flancs interne ou externe du rebord alvéolaire ; dans ces derniers cas, on conçoit que les symptômes fonctionnels de début fassent totalement défaut, et qu'on ne puisse pas encore penser à une épulis.

2^e période, période d'état. — A ce moment, les signes physiques constituent les principaux, et, peut-on dire, les seuls symptômes de la maladie. On constate sur la gencive inférieure ou supérieure (et nous l'avons vu presque aussi souvent en haut qu'en bas) une petite tumeur de forme arrondie, lisse, rouge ou rosée, d'ordinaire sessile, parfois à pédicule assez mince, sur lequel l'épulis est mobile et de volume variable. On la compare souvent à une petite fraise des bois, à une lentille, à un pois, à une petite figue sèche, ou à une noisette, suivant la taille. Parfois même, elle devient plus volumineuse, parfois si grosse (cas de Liston, cité par Broca), que le nez a pu disparaître dans la tuméfaction.

Nous avons également noté un cas d'épulis fibro-sarcomateuse qui, partie de la mâchoire inférieure, descendait plus bas que le ventre et pendait au-devant du cou (Observ. V).

L'épulis se développe le plus volontiers sur la face antérieure de la gencive ; insérée sur la face postérieure, elle n'est cependant pas rare. Quant aux dents que la tumeur n'a pas chassées, elles se trouvent comme enchâssées dans la tumeur qui se moule sur elles en les déplaçant peu à peu.

Dans le cas de tumeur volumineuse, l'aspect arrondi se modifie et la tumeur épouse les contours des parois qui l'entourent, joues ou langue.

Ajoutons que si les cas d'épulis volumineuses sont rares, c'est que le malade, effrayé par cette tumeur et gêné dans la mastication, vient consulter le médecin et se faire opérer. Cette gêne dans la mastication est du reste le seul signe fonctionnel : l'épulis n'est pas douloureuse à la pression.

Fait digne de remarque, au niveau de la tumeur, la muqueuse est toujours saine et si l'on croit à une légère perte de substance à son niveau, en grattant légèrement la surface,

on s'aperçoit vite que c'est un enduit pultacé seulement qui a attiré l'attention. On ne constate pas non plus d'hémorragie vraie à cette période et le cas de Hulk, d'une petite épulis siège d'hémorragies profuses, est un fait unique dans la littérature : souvent, par contre, il se produit un suintement d'odeur fétide, quelquefois avec de petites hémorragies passagères dues, chaque fois, à un frottement ou à une piqure.

La 3^e période, *période d'ulcération*, est rare, nous l'avons dit. Il arrive cependant que, à la longue, par frottement, par usure, la tumeur s'ulcère, se sphacèle en un point (cas de O. Weber, cité par Broca).

La coloration de la tumeur change à son tour, elle devient violacée; l'épulis se ramollit et, fait naturel puisqu'il y a infection, l'engorgement ganglionnaire peut apparaître. C'est par suite de cette infection, ou, dans quelques cas par généralisation ou évolution de l'épulis banale vers un sarcome malin que survient la terminaison fatale.

II. FORMES CLINIQUES

Si l'épulis que nous venons de décrire est la forme classique de beaucoup la plus fréquente, il en est d'autres qui revêtent un aspect spécial, soit par le *siège* (épulis qui, développées sur une des faces de la gencive ou dans un espace interdentaire, n'ont pas de période de début avec douleur), soit par la *prédominance* de tel ou tel *symptôme* (épulis à douleurs atroces et prolongées sous *forme névralgique*), épulis classiques mais évoluant sans douleur de début, ou *forme latente*.

Quant aux formes d'après la *nature histologique* de la tumeur, il n'est pas toujours possible, cliniquement, de les diagnostiquer.

Certes, on peut dire que la forme à prédominance de tissu fibreux se développe lentement, a une consistance ferme et résistante, est rosée plutôt que rouge et de forme assez arrondie.

De plus on a remarqué que la forme sarcomateuse (surtout s'il s'agit de myéloplaxes) a une coloration plus foncée, parfois violacée, moins ferme et que, dans quelques cas même, qui évoluent vers les formes malignes, l'épulis sarcomateuse ulcérée, saignante, avec retentissement ganglionnaire, est quelquefois

fluctuante avec des battements (*forme télangiectasique* très grave) : mais alors l'épulis est devenue du sarcome malin, comme l'adénome du sein devient quelquefois du cancer.

En tous cas, on ne peut pas d'une façon absolue faire cliniquement le diagnostic de la variété anatomique de l'épulis et l'examen histologique est absolument indispensable : cette phase du diagnostic a déjà longuement été traitée précédemment.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'épulis est souvent bénin, alors même qu'il s'agit de tumeur contenant du tissu sarcomateux et la santé n'est d'ordinaire pas altérée. Cependant, cette bénignité n'est pas toujours la règle. (Après l'ablation d'une épulis, Broca rappelle que Le Fort, Terrillon, ont observé la mort par généralisation osseuse; dans un cas aussi, Heath a eu récurrence avec transformation épithéliomateuse.) On sait du reste que si d'ordinaire après une intervention d'apparence complète tout se passe sans incident, il est des cas où la généralisation peut encore se faire. Chez certains sujets, l'épulis sarcomateuse est aussi grave que le sarcome central et il se développe parfois même d'une façon intense (cas que nous rapportons dans nos Observations).

Bien plus, dans le cas du tissu fibreux, nos Observations ont prouvé que la récurrence est encore possible. Au cas enfin où l'on n'opère pas, de tumeur bénigne qu'elle était, l'épulis peut évoluer, nous l'avons dit, et devenir une tumeur maligne comme on le voit dans la transformation d'adénome du sein en cancer. Cependant quand l'intervention a été complète, quelle que soit la forme anatomique observée, la guérison sans récurrence est presque toujours obtenue.

Le pronostic de l'épulis, qu'il soit à prédominance de sarcome ou de fibrome, doit donc être réservé.

DIAGNOSTIC

Ce chapitre étant assez bien fait dans certaines publications et notamment dans la thèse de Gruet (Paris 1900), tout en le complétant, nous passerons rapidement sur les points qui y sont déjà traités, en renvoyant le lecteur, pour tous les détails, à ce travail qui résume ce qui avait été publié auparavant.

A la période de début, quand l'épulis est encore invisible, comme elle donne seulement lieu à des douleurs locales, il faut savoir la différencier de celles dues aux *névralgies essentielles*, puis à celles de *causes générales* : diabète, paludisme, enfin aux *névralgies de cause locale* ; il suffit d'y penser. La *carie dentaire* se reconnaît facilement. On peut également avoir affaire à un *odontome* (nous en parlerons plus loin) ou à un *kyste radiculaire* accompagné de névralgie tout au début. Mais c'est surtout à la période d'état que l'on peut établir le diagnostic.

Il faut tout d'abord éliminer, et c'est facile, le *gonflement gingival* que produisent les *stomatites*.

On reconnaît facilement un *abcès dentaire* par la saillie nettement circonscrite qu'il fera sur une face de la gencive, par la fluctuation, quelquefois constatée, par l'œdème de la joue à son voisinage et surtout par la ponction au bistouri qui, livrant passage au pus et amenant la guérison, résoud bien vite la question.

Quant à l'*hypertrophie cémentaire* décrite par Tomes en 1859 et qui, peu à peu, remplit un alvéole, elle présente de petites nodosités tapissées parfois par de la muqueuse et qui peuvent donner lieu à erreur : mais si l'on soulève la gencive proliférée, on retrouve au-dessous la saillie dure qui constitue cette affection. Les *fungosités*, les *bourgeons charnus* des gencives peuvent parfois faire croire à certaines formes d'épulis et, de fait, on les

rangeait jadis dans les épulis. Il est quelquefois même nécessaire de pratiquer l'examen histologique pour en faire le diagnostic.

Nous rappelons ici, à ce propos, l'observation inédite fort intéressante d'un cas difficile à diagnostiquer et que nous pouvons rapprocher de ce groupe, bien que, en l'espèce, le diagnostic histologique puisse à la rigueur permettre, par certains détails, de ranger la tumeur dans le cadre des épulis. Nous la reproduisons in extenso, suivie de l'examen histologique complet que nous avons pratiqué et de la discussion de cette observation.

OBSERVATION CLINIQUE XIII (inédite) . •

D'après une conférence de M. Sébilleau et due à l'obligeance de M. le Dr Thoumir, son chef de clinique, à l'École dentaire (Mai 1901).

Madame X..., âgée de 18 ans 1/2, enceinte de 6 mois, vient se-présenter à nous avec une petite tumeur siégeant sur la face antérieure de la gencive inférieure près de la ligne médiane à droite.

Cette tumeur est assez étendue; elle déborde en haut le liseré gingival, descend inférieurement jusqu'au cul-de-sac vestibulaire, et s'étend transversalement de la ligne médiane au bord postérieur de la canine. En surface, elle présente à peu près les dimensions d'une pièce de un franc. Son aspect diffère de celui des productions néoplasiques qui se développent habituellement sur les gencives.

La muqueuse qui la recouvre n'est pas saine : elle est fissurée, frangée, villeuse, granulomateuse, molle, saignante. Bien que sa base d'implantation soit grande, elle n'est pas sessile sur toute son étendue, et, en certains points, le stylet s'enfonce profondément au-dessous d'elle. En même temps que la tumeur, deux points attirent et retiennent l'attention. C'est d'abord l'existence d'une grosse adénopathie sous-maxillaire, ensuite un gonflement très appréciable de l'angle de la mâchoire. Le ganglion siège, comme nous venons de le dire, sous la mâchoire, au niveau de l'angle ; il est volumineux, dur, sa surface est lisse ; il adhère solidement à l'os. Quant au gonflement de la surface osseuse, on le perçoit nettement en appliquant le doigt aussi loin que possible en arrière sur la surface vestibulaire de la gencive,

et en le ramenant, toujours fortement appliqué, vers la symphyse.

Dans le trajet, le doigt est soulevé par le gonflement qui épaissit l'os au voisinage des deux dernières molaires.

En résumé cette malade présente :

1^o Une tumeur ulcérée siégeant sur la gencive à droite, près de la ligne médiane ;

2^o Un gros ganglion sous-maxillaire adhérent ;

3^o Une tuméfaction mandibulaire siégeant à la partie la plus reculée du corps.

La malade nous apprend que sa tumeur gingivale est d'existence ancienne, qu'elle remonte à plus de dix ans. Il en est de même de son ganglion. Sous l'influence de la grossesse, la tumeur et le ganglion auraient pris un développement rapide, ce qui n'est pas pour nous surprendre, puis que nous savons combien les néoplasmes aiment à pousser sur le terrain gravide.

Quelle est la nature de cette tumeur ?

Voilà qui n'est pas facile à élucider. Son siège répond bien à celui des épulis ; mais elle n'en a pas la consistance ferme ; on est frappé de sa mollesse, pareille à celle d'un granulome.

L'épulis est recouverte d'une muqueuse saine tandis qu'ici la surface est végétante, fendillée, saignante et impose l'idée d'épithélioma.

Nous savons bien que de grosses objections peuvent être faites : que l'épithélioma a une base plus indurée, qu'il est plus rapidement envahissant ; mais cependant l'aspect, l'accroissement relativement rapide de ces derniers temps, le gonflement partiel du corps de l'os, le ganglion adhérent, tout cela cadre bien avec l'idée de tumeur épithéliale.

Une autre question délicate se pose encore.

C'est que cet épithélioma n'offre pas l'aspect des tumeurs de cette nature développées aux dépens de l'épithélium gingival. Si cette tumeur est bien d'origine épithéliale, elle a dû prendre naissance profondément, au sein de l'alvéole par la prolifération d'un de ces débris épithéliaux paradentaires issus de l'organe adamantin.

Mais je m'empresse de le dire, le diagnostic de cette tumeur est des plus malaisé, et, si de bonnes raisons éloignent de mon esprit l'idée d'épulis, il n'en est pas moins vrai que le diagnostic

d'épithélioma, malgré l'adénopathie, malgré le gonflement, doit être porté avec de grandes réserves ; avant de prendre une détermination en ce qui concerne notre malade, il convient d'en faire l'examen histologique.

Après les renseignements fournis par l'examen histologique, on a pratiqué l'extraction de l'incisive latérale droite. On a trouvé la racine de cette dent très altérée, ce qui est en faveur d'une alvéolite primitive très ancienne, ayant déterminé des réactions inflammatoires de voisinage.

La masse, observée sur la gencive, n'était donc autre chose qu'un « granulome » formé par des tissus de bourgeon charnu. (Nous reviendrons personnellement sur ce diagnostic.)

Après l'extraction de la dent, à plusieurs reprises, les masses bourgeonnantes ont été détruites au thermo-cautère et l'alvéole soigneusement désinfectée.

Aujourd'hui, après trois semaines du traitement, la malade est complètement guérie.

La masse ganglionnaire elle-même a rétrogradé et est redevenue mobile.

OBSERVATION HISTOLOGIQUE PERSONNELLE 25.

Diagnostic histologique : Douteux.

Il fait l'objet d'une discussion spéciale qui suit l'observation générale.

Pour étudier cette pièce pathologique, nous avons eu à notre disposition deux préparations passant par deux points différents de la tumeur.

La première coupe passe dans les couches superficielles et on y rencontre l'épithélium pavimenteux stratifié de revêtement gingival ; mais la préparation est d'une exécution peu parfaite.

La deuxième coupe, au contraire, bien préparée, passe malheureusement en pleine tumeur ; les couches superficielles sont absentes.

Ce fait est fâcheux, car il nous empêche d'étudier l'origine des tissus que nous voyons dans cette coupe.

C'est assez dire que nous serons bref et très réservé au point de vue de son interprétation.

Dans la première coupe, nous voyons deux tissus nettement distincts.

1° Le tissu épithélial pavimenteux stratifié de revêtement gingival. Il est un peu macéré, mais, fait plus important, il est en voie de prolifération manifeste. Nulle part on ne voit de globes épidermiques ou de perles kératinisées; nulle part, les cellules épithéliales ne franchissent la membrane basale. On constate seulement que les bourgeons épithéliaux interpapillaires sont augmentés de volume et s'enfoncent dans l'intérieur de la tumeur. Les cellules épithéliales elles-mêmes se modifient, elles deviennent plus allongées: les filaments d'union de Ranvier sont plus évidents; quelques cellules mêmes sont macérées.

2° Un tissu que nous ne pouvons complètement interpréter, formé par de petites cellules à noyaux bien nets et par de grandes cellules plates, pâles, présentant parfois des prolongements. Le tissu est riche en vaisseaux de nouvelle formation, quelquefois réduits à l'unique couche endothéliale interne turgescence. En certains endroits, on trouve des petits foyers hémorragiques et du tissu fibreux.

La seconde coupe nous montre un tissu analogue à celui de la coupe précédente, et composé d'une infinité de petites cellules tassées les unes contre les autres et entre lesquelles on trouve: 1° de grandes cellules plates, allongées, quelquefois à prolongements. 2° des filaments de fibrine. 3° des foyers hémorragiques et 4° des leucocytes. Au milieu, on remarque une bande de substance amorphe qui traverse la préparation. Dans cette substance amorphe, on ne peut reconnaître aucune espèce de structure cellulaire. Par places cependant, on rencontre dans son intérieur quelques globules blancs à noyaux en boudin. Mais ce qui est plus intéressant, c'est qu'on remarque que cette bande est limitée du côté où elle touche la masse des petites cellules, par de grandes cellules plates, à aspect endothélial et ressemblant beaucoup aux cellules épithéliales transformées des bourgeons épithéliaux interpapillaires que nous avons rencontrés dans la première coupe. Nous insistons sur la présence de ces cellules, bien que pour le moment nous ne puissions point

les interpréter encore ; cette interprétation fait l'objet de la discussion suivante :

Discussion : La tumeur dont nous venons de voir l'examen a été examinée par nous après avoir fait l'étude microscopique de toutes les tumeurs gingivales que nous avons recueillies avec le diagnostic clinique certain d'épulis.

Ce qui nous a frappé en étudiant cette tumeur, c'est qu'au premier abord, l'image microscopique de la tumeur nous a donné une tout autre impression que celle que nous avons l'habitude de percevoir quand il s'agissait d'épulis diagnostiquée cliniquement.

Il n'y a que deux points de ressemblance entre cette tumeur et les épulis et plus spécialement la variété simple épithélio-conjonctive. *Un premier point*, c'est que la tumeur est recouverte par l'épithélium pavimenteux stratifié de revêtement gingival et que cet épithélium présente en certains endroits une prolifération manifeste provoquant l'hypertrophie des papilles (lésions banales de l'épithélium). En d'autres points, nous voyons des tractus épithéliaux dont les cellules se modifient visiblement, tractus qui s'enfoncent beaucoup plus loin dans la tumeur (nous les retrouvons en effet sur les deux préparations) à l'instar des bourgeons néoplasiques et épithéliaux que nous rencontrons dans les épulis simples épithélio-conjonctives.

Nous devons toutefois dire qu'il y a une différence entre les deux : en effet, la partie périphérique des bourgeons épithélio-adamantins est constituée par des cellules épithéliales du type cuboïde, tandis qu'ici nous trouvons dans les bourgeons épithéliaux de la profondeur une couche périphérique limitante du lobule, des cellules plutôt plates que cuboïdes et rappelant à s'y méprendre, des cellules endothéliales.

Les bourgeons épithéliaux adamantins ont un centre constitué par des cellules étoilées, d'aspect tout spécial. Ici nous ne trouvons que des cellules macérées, de la fibrine et des globules blancs. C'est assez dire que le diagnostic de ces formations est extrêmement difficile, et que, sous toutes réserves, nous pensons que la néoplasie épithéliale devant laquelle nous nous trouvons est identique, sinon analogue, à la néoplasie épithéliale des

épulis mixtes épithélio-conjonctives : c'est par ce fait seulement que la tumeur en question pourrait se rapprocher des épulis.

Un second point qui fait ressembler un peu cette tumeur aux épulis, c'est la constitution de son stroma, du moins, au faible grossissement.

Dans les deux cas en effet (nous parlons ici des épulis sarcomateuses) la tumeur est formée par un tissu d'apparence embryonnaire. Dans l'espèce cependant, nous croyons qu'il n'y a qu'une simple analogie. En effet, ici s'ajoute (examen au fort grossissement) un élément que nous ne trouvons pas dans les épulis sarcomateuses : ce sont les grandes cellules allongées parfois pourvues de prolongement et qui, en certains endroits, en imposent pour des cellules endothéliales.

Comme nous sommes dans l'impossibilité de nous rendre compte de l'origine de ces cellules, tant pour les grandes cellules que pour les petites, nous ne pouvons pas donner un diagnostic certain. Mais, en comparant ce tissu avec d'autres formations pathologiques, c'est au tissu qui constitue les *bourgeons charnus* que nous comparerons le plus volontiers la structure du stroma de la tumeur en question.

Le diagnostic histologique complet le plus probable pour nous serait donc qu'il ne s'agit pas ici d'une épulis telle que nous l'entendons cliniquement et histologiquement, mais que sa constitution, quant au stroma, se rapproche le plus de celle des *bourgeons charnus*. Les transformations que subit son épithélium pavimenteux stratifié de revêtement la rapproche au contraire de la variété des *épulis mixtes épithélio-conjonctives*.

L'actinomycose des mâchoires qui souvent débute au niveau d'une dent cariée qui laisse pénétrer le champignon, donne lieu d'abord à de vives douleurs, puis à un gonflement diffus de la gencive. Mais la tumeur se ramollit et, ouverte, laisse suinter du pus séreux contenant des grains jaunes pathognomoniques.

La dent de sagesse le plus souvent et quelques autres quelquefois, peuvent, lorsqu'elles restent incluses dans le corps du maxillaire, donner naissance à de *l'ostéite condensante* avec douleur et tumeur bombée quelquefois volumineuse (cas de Blandin et de Lafont). Il faudra donc songer à de pareils faits lorsqu'en

présence d'une tumeur semblable, on trouvera qu'il manque (et qu'il a toujours manqué) une dent sur le rebord alvéolaire.

Les *exostoses* de la syphilis, outre qu'elles sont rares sur le rebord alvéolaire, présentent une base d'implantation large et faisant corps avec le maxillaire.

Les tumeurs *érectiles* ressemblent au premier abord aux tumeurs à myéloplaxes ; comme elles, elles sont violacées et quelquefois même partiellement pulsatiles. Mais les tumeurs érectiles sont congénitales, réductibles, et quand elles sont pulsatiles, elles le sont dans toute leur étendue (Broca).

A titre de curiosité, rappelons les *kystes hydatiques* (Lefoulon) qui forment une tumeur fluctuante au-dessous de la muqueuse intacte, les *anévrismes de l'artère dentaire inférieure* (cas de Ruz et de Heyfelder rapportés en 1856 à la Société de Chirurgie) ; les petits *kystes* épidermiques contenant une matière d'apparence sébacée que l'on trouve dans les premiers mois après la naissance sur le bord alvéolaire, surtout le supérieur (Guyon et Thierry). Ces kystes proviendraient de débris épithéliaux inclus dans la gencive.

Les *polypes de la pulpe*, sortes de fongosités rougeâtres sécrétant un liquide fétide seront aussi faciles à diagnostiquer, si l'on pense à retrouver la carie pénétrante qui en est l'origine et qui a permis à la pulpe s'hypertrophiant de faire hernie à travers la perte de substance de la couronne.

Comme le fait Gruet dans sa thèse, passons aux tumeurs diverses d'origine non inflammatoire qu'il faut diagnostiquer de l'épulis.

Nous signalons, en passant, une affection rare, l'*hypertrophie congénitale* des mâchoires qui, parfois diffuse et étendue aux deux mâchoires, peut se limiter à une partie du rebord alvéolaire. C'est alors « une masse lobulée, ferme, insensible, rosée, faisant saillie entre les lèvres écartées et empêchant l'occlusion de la bouche. Dans cette masse sont enfoncées les dents. La tumeur débute dans les premiers mois qui suivent la naissance, mais il est possible qu'elle apparaisse tardivement.

On note généralement chez ces malades une tendance à l'hypertrophie de tout le système tégumentaire avec développement exagéré des poils. »

Les *kystes radiculo-dentaires*, quand ils habitent l'épaisseur de l'arcade alvéolaire forment à certaine distance du bord des dents une tumeur quelquefois peu nette, mais d'ordinaire bien limitée et recouverte par une muqueuse saine. Au début de leur évolution, comme on ne peut noter ni crépitation osseuse, ni fluctuation, le diagnostic en est difficile, mais quand on arrive à trouver une coque à la tumeur, ces signes apparaissent. Lorsque l'on a sous le doigt, comme l'a dit Landain, le bruit analogue à celui que produiraient des coquilles d'œufs brisées, le diagnostic est facile.

L'*odontome* (nous ne parlons pas de la première période de son développement, période pendant laquelle il occupe l'épaisseur du maxillaire et ne donne lieu qu'à des névralgies), en tant que tumeur constituée, intéresse les molaires et de préférence les grosses molaires (seuls les odontomes coronaires circonscrits ont été vus sur les incisives). Il est fusiforme et occupe le voisinage du bord alvéolaire.

C'est alors que l'on peut constater à l'examen de la bouche qu'il manque une ou plusieurs dents qui n'ont jamais poussé, dira le malade. Suivant le conseil de Broca, il faudra penser que l'odontome s'observe seulement chez des sujets jeunes encore et que tout néoplasme qui se montre dans les mâchoires après l'achèvement de l'évolution dentaire n'est certainement pas un odontome.

Nous n'avons pas à insister sur les *tumeurs du sinus maxillaire* qui peuvent se faire jour dans la bouche par l'alvéole et qui pourraient, au premier abord, en imposer pour une épulis: il suffira d'éclairer le sinus pour trancher le diagnostic.

Nous ferons de même pour le *lipome*, rare du reste, ainsi que pour l'*ostéome* et le *chondrome pur* sur lesquels nous nous sommes expliqué au chapitre de l'Anatomie pathologique, en même temps que nous avons parlé du *sarcome globo-cellulaire*.

Quant au *cancer* proprement dit de la mâchoire qui peut parfois débiter par le bord alvéolaire en formant ce que l'on appelait jadis à tort l'*épulis épithéliale pure*, assez rapidement la tuméfaction violacée qu'il présentait d'abord se transforme en une masse fongueuse, saignante, qui gêne la parole comme la mastication. Les ganglions sont pris de bonne heure; on note

un écoulement ichoreux fétide, les dents tombent rapidement et le malade, en proie à des douleurs violentes, se cachectise de plus en plus.

Nous pouvons passer aussi sous silence les sarcomes du corps du maxillaire ; celui-ci ne pourrait guère en imposer sérieusement pour une épulis.

Il resterait à faire le diagnostic des variétés d'épulis, mais ce travail a été déjà fait, d'une part pour les variétés histologiques, au chapitre de l'Anatomie pathologique, d'autre part pour les variétés cliniques, au chapitre des symptômes.

Que le lecteur veuille bien s'y reporter.

TRAITEMENT

Nous passerons sous silence les diverses méthodes anciennement employées et qui, suivant les cas, donnaient d'excellents ou de déplorables résultats, chose facile à comprendre puisque l'on englobait sous le nom d'épulis de simples fongosités, comme aussi bien des carcinomes.

Nous ne parlerons pas davantage de l'électrolyse, pas plus du reste que de la cautérisation même profonde de la tumeur et de son point d'implantation ; car le pédicule d'ordinaire n'est pas absolument détruit et la récurrence survient à plus ou moins brève échéance.

Ce qu'il faut faire, c'est l'ablation de la tumeur (et de la dent voisine, quand elle subsiste) avec destruction complète de son point d'implantation, nous dirons plus, destruction large même et empiétant un peu sur le tissu alvéolaire sain. Il faut donc faire la résection alvéolaire, soit à la pince coupante, soit à la gouge et au maillet en terminant au besoin l'opération par une cautérisation au thermo-cautère qui arrête en même temps l'hémorrhagie.

Nous ne saurions mieux faire que de citer les quelques lignes de M. Friteau, parues dans la *Gazette médicale*, et qui décrivent l'intervention classique : « L'antisepsie de la cavité buccale a été faite ; les caries dentaires ont été obturées, le tartre a été enlevé, la bouche a été irriguée par de grands lavages à l'eau chloralée à 1 %, ou à l'eau phéniquée à 1 %. Il n'est pas besoin d'anesthésie générale : deux à trois injections d'une solution de cocaïne à 1 % suffisent pour empêcher toute douleur (1).

(1) Nous pensons au contraire que l'anesthésie générale est parfois absolument indispensable.

Il est bien entendu que le sacrifice d'une ou de deux dents importe peu, et que si, par exemple, l'on se trouve en présence d'une épulis émergeant d'un espace interdentaire, on commencera par extraire les deux dents limitant cet espace. D'ailleurs on se trouve souvent dans la pratique débarrassé de cette question ; car le malade ayant éprouvé dès le début de son affection des douleurs dans la mâchoire, a commencé par se faire enlever une ou deux dents.

Cinq minutes après l'injection de cocaïne, on circonscrit au bistouri le point d'implantation de la tumeur sur la gencive ; la perte de la substance gingivale sera d'autant plus étendue que la surface sera plus large, c'est-à-dire que l'épulis sera pédiculée ou sessile. L'incision sera profonde : elle ira, d'emblée ou progressivement, jusqu'au périoste. La compression avec des tampons d'ouate stérilisée suffit d'ordinaire à l'hémostase ; en cas d'insuccès il faut employer le thermo-cautère au rouge sombre et ne jamais aborder l'os avant d'avoir assuré l'hémostase parfaite des parties molles.

L'on a ainsi sous les yeux le point d'émergence du pédicule intra-osseux de l'épulis. L'on résèque alors, soit à la pince coupante, soit à la gouge de Legouest, soit à la gouge et au maillet, toute la portion du bord alvéolaire qui contient le véritable pédicule.

Le tissu osseux saigne ; la compression arrête l'hémorrhagie, à moins que l'on ne préfère appliquer sur la surface saignante un léger enduit d'un mastic formé de cire vierge et d'iodoforme à parties égales. Cette résection osseuse doit être large ; on ne s'arrête qu'après avoir dépassé le point d'origine de l'épulis.

Les jours suivants, le malade multiplie les soins antiseptiques buccaux, et dix à quinze jours après, la cicatrisation est parfaite. »

Les chiffres sont là pour donner plus de poids à nos affirmations. Sur 137 cas d'intervention que nous avons pu réunir, 56 fois on a fait la résection alvéolaire, et la guérison s'est maintenue (dans de nombreuses observations, le malade a été revu 5 ou 6 ans après l'opération).

Dans un seul cas, il y a eu récurrence après une telle intervention ; il s'agissait d'une forme d'épulis sarcomateuse à cellules

polymorphes, et il a fallu secondairement faire la résection du maxillaire.

En revanche, si 14 cas (dont quelques-uns douteux), ont été suivis de guérison, alors qu'on n'avait pas fait de résection du bord alvéolaire, 33 cas ainsi opérés ont récidivé, et souvent après quelques mois ; l'un d'eux même a été suivi de mort.

Doit-on, dans tous les cas, pratiquer cette résection, et les quelques cas de guérisons obtenus sans une semblable intervention, autorisent-ils à déclarer que « quand il s'agit d'une épulis fibromateuse, l'intervention la plus simple réussit la plupart du temps, et qu'il suffira d'enlever la tumeur au bistouri, puis de cautériser une ou plusieurs fois la surface d'implantation : *thèse de Gruet* ? »

Certes non, et nous nous sommes suffisamment étendu au chapitre de l'Anatomie pathologique sur la nature intime de ces tumeurs, pour que nous n'ayons pas besoin de répéter ici que la constitution même de l'épulis demande un traitement radical.

De par son origine aussi, l'épulis réclame une résection partielle du bord alvéolaire : son évolution enfin justifie pleinement l'intervention complète que l'on doit toujours faire.

I. OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Epulis ostéo-fibro sarcomateuse siégeant sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. — Ablation de la tumeur après extraction d'une incisive médiane, résection du bord alvéolaire, guérison.

Le jeune René G..., âgé de 15 ans, vient consulter, le 15 avril 1901, M. le Dr Sébilleau, à Lariboisière, pour une petite tumeur développée sur la gencive supérieure.

Antécédents héréditaires : rien à noter.

Antécédents personnels : toujours bien portant, n'a jamais souffert des dents.

Il y a un an, le sujet s'est aperçu au-dessus de son incisive médiane gauche supérieure, qu'il était porteur d'une petite tumeur grosse comme un grain de millet, venue sans cause apparente, sans écorchure et ne donnant lieu à aucune douleur.

Ne s'en occupant pas, au bout de 6 mois, la tumeur a commencé à grossir progressivement jusqu'au moment où il est venu consulter. Cette tumeur n'est du reste pas douloureuse encore maintenant et elle n'a jamais saigné.

A l'examen, on trouve une tumeur aplatie, occupant la partie antérieure de la gencive, située au-dessus de l'incisive médiane gauche supérieure, à grand axe, obliquement dirigé de bas en haut et de droite à gauche, ce grand axe ayant 1 c. 1/2 à peu près) alors que l'axe perpendiculaire à celui-ci n'a que 0,08.

La tumeur est un peu épaisse (4 à 5 mill.) ; elle a une surface assez régulière, bordée d'une collerette un peu plus rouge que les gencives et présentant en son milieu un îlot plus pâle, blanchâtre.

La tumeur couvre la partie supérieure de l'incisive gauche médiane supérieure et un peu de la partie supérieure de la 2^{me} incisive gauche supérieure. A droite, elle descend dans l'espace interincisif et recouvre une partie de l'incisive droite supérieure. On peut mobiliser la tumeur autour d'un pédicule que l'opération montrera. La face postérieure de la gencive est absolument saine. Il convient d'ajouter que les incisives

n'ont aucune altération, qu'il n'y a pas et qu'il n'y a jamais eu de gingivite.

Indolence absolue. — Les ganglions sont sains; on porte le diagnostic d'épulis.

Le chloroforme est donné le 16 avril 1901. La tumeur qui, à la coupe, saigne assez facilement, est presque sessile, insérée par un pédicule assez mince sur le limbe gingival de l'incisive médiane gauche et descendant dans le sillon interincisif sans y adhérer en aucun point.

On fait l'extraction de l'incisive gauche supérieure médiane, dont la racine est également reconnue saine.

Au sécateur, on enlève en une fois tout le bord alvéolaire sur lequel s'insère la dent, en remontant assez haut sur le sillon gingivo-labial.

On complète la résection par celle à la gouge et au maillet de la paroi gauche de l'alvéole de l'incisive droite supérieure, mais on conserve cette dernière dent.

La petite hémorrhagie causée par l'intervention cesse rapidement après un peu de compression.

Suites opératoires parfaites; — revu après deux mois; la guérison s'est maintenue et l'on peut appliquer une dent artificielle à gencive au malade.

Diagnostic histologique : ostéo-fibro-sarcome (Voir l'examen au chapitre de l'anatomie pathologique, *obs. histologique*, 21).

OBSERVATION II (personnelle)

Épulis fibro-sarcomateuse siégeant entre l'incisive latérale et la canine gauche du maxillaire inférieur. — Ablation simple de la tumeur. — Cautérisation. — Guérison.

M. X..., âgé de 28 ans, employé de commerce, vient consulter M. le Dr Cruet à la Charité pour une tumeur, sessile, développée depuis quelques mois entre l'incisive latérale et la canine gauche du maxillaire inférieur.

Ablation d'un coup de ciseaux par M. Cruet et cautérisation très large du point d'implantation (au thermo-cautère) entre les deux dents.

Trois jours après, l'escharre enlevée à la pince laisse voir les collets des dents découverts et le bord gingival plus bas (de près d'un centimètre) qu'au niveau des dents voisines.

Il n'y a eu de douleurs que le jour de l'opération. Actuellement, les dents sont un peu sensibles au froid et au chaud.

Revenu huit jours après, la cicatrisation est effectuée et il n'y a plus aucune sensibilité.

Le malade n'a pas été suivi.

Diagnostic histologique. — Fibro-sarcome à myéloplaxes (sarcome fuso-cellulaire. Voir l'examen complet au chapitre de l'anatomie pathologique (*Obs. histologique 14*).

OBSERVATION III (personnelle)

Épulis sarcomateuse du maxillaire supérieur chez une femme de 46 ans. — Ablation de la tumeur et de deux dents. — Résection du bord alvéolaire. — Récidive. — Résection du maxillaire supérieur. — Guérison.

M^{me} M. E., âgée de 46 ans, présente au niveau de la deuxième molaire du côté droit une tumeur de la grosseur d'une noisette, fixée aux plans sous-jacents avec trois points de suppuration qui, cathétérisés, ne conduisent pas sur un foyer osseux. — La tumeur dont le début remonterait à plusieurs années a progressivement grossi sans présenter toutefois de douleurs à aucun moment de son évolution. — Ganglions sains.

On décide d'opérer. On enlève les deux dents au voisinage de la tumeur, on fait la résection du rebord alvéolaire. — Pansement ordinaire.

Un an après, le 14 février 1900, la malade se présente dans le service du Dr Picqué, à Bichat, et raconte que depuis son opération elle a constamment ressenti des douleurs spontanées au niveau de son maxillaire supérieur.

A l'examen clinique, on constate une tuméfaction très nette au niveau du foyer opératoire, tumeur qui s'étend du reste dans un espace de cinq à six millimètres sur la voûte palatine.

Le Dr Maucclair fait la résection du maxillaire supérieur de ce côté.

Suites opératoires simples. La malade, après quelques mois, quitte l'hôpital, guérie.

Examen histologique. Lors de la première opération (voir au chapitre de l'anatomie pathologique), *diagnostic*: Sarcome à cellules polymorphes. — (*Observation histologique 6*).

OBSERVATION IV (personnelle).

Épulis ostéo-fibromateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 44 ans. — Ablation simple de la tumeur. — Récidive rapide. — Excision totale. — Rugination profonde du bord alvéolaire. — Guérison.

M^{me} Jeanne S., âgée de 44 ans, se présente à la maison Dubois, dans le service du D^r Picqué, le 13 juillet 1898, pour une tumeur de la mâchoire inférieure. Le début de cette tumeur remontait à 9 ans. Il y a 7 ans, un dentiste a pratiqué l'ablation de la tumeur par simple ligature. La récidive a été rapide, mais la malade a attendu jusqu'à aujourd'hui, car la tumeur, qui ne grossissait que lentement, n'était pas douloureuse. Cependant, la mastication se trouvant gênée, elle s'est décidée à venir à l'hôpital.

Examen clinique : sur la face antérieure du maxillaire inférieur, au niveau de la canine et de la petite molaire droite, on constate l'existence d'une tumeur présentant le volume d'une noisette. Elle est de consistance ferme, un peu mobile sous les plans sous-jacents. — A son niveau, la muqueuse gingivale est seulement un peu plus pâle que d'ordinaire. Indolence absolue à la pression, pas d'engorgement ganglionnaire. La lèvre inférieure est seulement un peu projetée en avant dans la moitié qui correspond au côté de la tumeur.

Excision totale sous chloroforme. La surface osseuse, dénudée, ne présente aucune altération microscopique : elle est cependant profondément ruginée. Cautérisation. Suites opératoires simples. Guérison rapide.

Examen histologique : Ostéo-fibrome, avec trace d'inflammation (Voir l'examen complet au chapitre de l'anatomie pathologique, *observation histologique* 5).

OBSERVATION V (personnelle)

Épulis forme sarcome-fibro-cellulaire en œdème.

Pas d'observation clinique (Voir *examen histologique* au chapitre de l'anatomie pathologique. *Observation histologique* 7). On sait seulement que la tumeur était très volumineuse, attachée au rebord alvéolaire du maxillaire inférieur, et grosse comme deux poings ; elle pendait au devant du cou et descendait beaucoup plus bas que le menton.

OBSERVATION VI (personnelle)

Épulis sarcomateuse du bord alvéolaire du maxillaire supérieur. — Ablation de la tumeur. — Résection large du bord alvéolaire. — Guérison.

M^{me} H. . . , brodeuse, âgée de 37 ans, vient consulter en mars 1901 M. le D^r Poirier, à l'hôpital Tenon, pour une tumeur à la gencive supérieure gauche.

Il y a 8 mois la malade voit se former comme un petit abcès dentaire. La petite tuméfaction siège à l'union de la gencive avec la 2^e petite molaire. Cette petite tuméfaction rouge grossit et remonte toujours en refoulant la gencive.

Il y a 2 mois, on fait arracher les deux premières molaires. *Immédiatement la tuméfaction grossit* et actuellement on note : Une tuméfaction résistante de la grosseur d'une cerise, indolore, ne saignant pas au toucher, siégeant dans la gencive supérieure gauche. Elle se continue sur la branche horizontale du maxillaire supérieur où on la perd.

Cette tumeur se détache de la gencive par sa couleur rouge, sombre, violacée. Elle est assez nettement limitée par un sillon gingival.

La malade éprouve des douleurs lancinantes, intermittentes dans le maxillaire supérieur.

Diagnostic. — Epulis sarcomateuse à myéloplaxes.

Intervention. — Avulsion de la canine. Résection de la gencive décollée à la rugine. Ablation de la tumeur aussi haut que possible à ce niveau ; on résèque tout le rebord alvéolo-dentaire du maxillaire supérieur. Ouverture du sinus maxillaire. On fait l'hémostase d'une artériole osseuse par écrasement de l'os.

Tamponnement de la plaie. — Gargarismes.

Evolution : sortie 7 jours après l'opération.

Revue le 18 avril : l'excavation provenant de l'opération est entièrement comblée. Plusieurs points blancs jaunâtres (épithélium gingival) s'enlèvent comme des pellicules.

Douleurs presque nulles — Légers élançements dans l'os maxillaire supérieur.

Examen histologique : *Diagnostic* : Epulis sarcomateuse à myéloplaxes (Voir l'examen histologique complet au chapitre de l'anatomie pathologique. *Obs. histologique 15*).

OBSERVATION VII (inédite)

due à l'obligeance du D^r Nélis

Observation clinique manque.

Epulis fibro-sarcomateuse avec transformation adamantine de l'épithélium gingival.

(Voir examen histologique au chapitre de l'anatomie pathologique, *Obs. histologique 24*).

OBSERVATION VIII

(In journal des connaissances médicales, Albarran 1886).

Epulisfibromateuse du maxillaire inférieur avec transformation adamantine de l'épithélium gingival. — Extirpation. — Grattage profond de la cavité alvéolaire. — Guérison.

M^{lle} X..., âgée de 15 ans, est venue consulter M. le Dr Brun, à Lariboisière, pour une petite tumeur de la mâchoire inférieure située au niveau de la petite molaire gauche, qui était cassée. Constatée depuis quelques mois, la tumeur s'est accrue jusqu'à présenter le volume d'une noisette; lobulée et quelque peu fongueuse, cette tumeur embrasse le collet de la dent et paraît se continuer dans la cavité alvéolaire, à travers la sertissure, en déchaussant en partie la dent. A travers l'orifice de la carie, situé sur la face interne de la dent, sort également un petit bourgeon charnu. La malade souffrait de douleurs dentaires. M. Brun arrache la dent, extirpe la tumeur et fait le nettoyage de la cavité alvéolaire.

Revue quelque temps après, la malade est guérie.

Examen histologique: Diagnostic. — Epulis fibromateuse avec transformation adamantine de l'épithélium gingival (Voir au chapitre de l'anatomie pathologique, l'examen détaillé de cette pièce (Obs. histologique 23).

OBSERVATION IX (inédite)

Communiquée par le Dr Nélis

L'observation clinique manque.

Diagnostic histologique. — Epulis à forme de sarcome-fusocellulaire pigmenté à myéloplaxes.

(Voir l'examen histologique complet au chapitre de l'anatomie pathologique (Obs. histologique 16).

OBSERVATION X (inédite)

Communiquée par le Dr Nélis

L'observation clinique fait défaut.

Diagnostic histologique. — Epulis sarcomateuse à myéloplaxes (Voir l'examen histologique détaillé au chapitre de l'anatomie pathologique (Obs. histologique 17).

OBSERVATION XI (inédite)

Partie clinique due à l'obligeance de M le D^r Bloch,
chef de clinique du D^r Cruet.

Épulis fibromateuse du maxillaire supérieur droit. — Ablation. — Extraction de la dent. — Cautérisation large.

M^{lle} Alice D..., âgée de 16 ans, vient le 19 juillet 1901, dans le service de M. le D^r Cruet, montrer une petite tumeur de la gencive du maxillaire supérieur droit, tumeur qui existait depuis six mois environ, au dire de la malade, mais qui la faisait souffrir depuis deux jours, la nuit principalement.

A l'inspection, on constate la présence d'une tumeur discoïde offrant tous les caractères d'une épulis, recouvrant presque tout le collet de la dent de six ans supérieure droite et une partie de la seconde prémolaire voisine. Un excavateur, glissé sur les bords, permet de reconnaître qu'elle est pédiculée et que son point d'attache se trouve probablement dans l'interstice des deux dents qu'elle recouvre.

La première présente sur sa face distale une carie pénétrante qui explique les douleurs éprouvées par la malade les jours précédents, douleur qu'elle rapportait à la tumeur existante. Cette dent est extraite au davier, après avoir été saisie avec précaution, de manière à ne pas léser la tumeur, afin d'en reconnaître ultérieurement le point d'implantation sur la cloison interalvéolaire : mais l'épulis vient avec la dent, adhérente à son collet sur la face proximale. (A l'examen histologique, on a constaté qu'il n'y avait aucune continuité de tissu entre la dent et la tumeur : cette dernière était seulement adhérente à un lambeau de gencive qui entourait la dent, et que l'extraction a arraché avec cette dernière.)

La tumeur, dont le point d'implantation était sur la face distale, s'était donc insinuée dans l'interstice, et était venue s'épanouir sur la face externe de la dent de 6 ans, sous la forme d'un champignon, se moulant sur le collet de cette dernière et sur la prémolaire, ainsi que sur le bord gingival.

Elle mesurait un centimètre et demi dans son plus grand diamètre.

La cloison interalvéolaire contiguë à l'épulis fut cautérisée au thermo-cautère et la malade invitée à revenir à la consultation, si elle s'apercevait d'une récive.

Diagnostic histologique : Epulis fibromateuse. (Voir l'examen histologique au chapitre de l'anatomie pathologique, *observation histologique* 3).

OBSERVATION XII (inédite)

Partie clinique due à l'obligeance de M. le D^r Bloch, chef de clinique du D^r Cruet.

Épulis ostéo-fibromateuse du maxillaire supérieur. — Trois interventions incomplètes. — Récidive. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

Madame S..., âgée de 57 ans, qui vient consulter M. le D^r Cruet, à la Charité, est porteur d'une tumeur siegeant au niveau du collet de l'incisive centrale du haut à droite. C'est une tumeur sessile séparée par un léger sillon de la gencive, sillon plus profond vers l'interstice séparant les deux incisives centrales. L'autre incisive centrale est distante de deux centimètres de sa voisine et cet écart a toujours existé. La tumeur est du volume d'une petite noisette, d'un rouge plus vif que la gencive avoisinante; sa surface lisse, brillante, de consistance élastique, assez dure néanmoins. Elle est indolore et ne saigne pas. La dent à laquelle correspond l'épulis et qui est recouverte de tartre, n'est pas douloureuse à la percussion; elle paraît vivante, translucide et légèrement sensible au froid.

Intervention. — La malade nous apprend qu'il y a quatre ans environ s'est développée une grosseur pointue comme une petite fraise des bois, proéminente, soulevant la lèvre, nullement douloureuse et ne saignant pas. Au bout de cinq à six mois, un médecin la coupe aux ciseaux et cautérise au thermo-cautère.

2^e Intervention. — Dix mois après, récidive; la tumeur est aussi grosse qu'avant et elle a repoussé quelques jours après la première intervention.

3^e Intervention. — Il y a dix-huit mois, c'est-à-dire un an après la deuxième intervention; la grosseur étant apparue à nouveau, on tente une nouvelle intervention (ciseaux et thermo-cautère).

Une huitaine de jours après, récidive; puis la tumeur augmente peu à peu jusqu'à offrir le volume actuel.

A aucun moment il n'y a eu de symptômes douloureux; la malade accuse un choc reçu par la dent atteinte d'épulis, il y aurait sept ans. (C'était un objet assez gros, tombant d'une hauteur de deux mètres sur la dent adjacente à l'épulis et en fracturant un coin).

Bouche mal entretenue, tartre abondant. Dents saines, de bonne qualité. Etat général parfait. Pas d'amaigrissement depuis quatre ans; au contraire, la malade aurait gagné quelques livres depuis ce temps.

4^e Intervention. — Le 5 novembre 1901, à l'hôpital de la Charité, extirpation de la tumeur, avec extraction de la dent, sur

le conseil du Dr Cruet. Anesthésie locale à la cocaïne. La tumeur est cernée par une incision faite avec un fort bistouri, en tâchant de sectionner la lame alvéolaire sous-jacente. Extraction de la dent qui vient sans la tumeur et ne paraissait pas y adhérer. La tumeur est enlevée avec le bord antérieur de l'alvéole. Cautérisation large du bord alvéolaire.

Diagnostic histologique. — *Épulis ostéofibromateuse* (Voir l'examen histologique au chapitre de l'anatomie histologique, *obs. histologique 4*).

OBSERVATION XIII (inédite)

Examen histologique personnel, partie clinique due à l'obligeance de M. le Dr Thoumir, chef de clinique de M. le Dr Sébilleau, à l'École dentaire.

Tumeur (à apparence d'épulis) du maxillaire inférieur chez une jeune femme de 18 ans 1/2. — Engorgement ganglionnaire. — Ablation de la tumeur ; cautérisation ; guérison. — La malade n'a pas été revue encore.

(Voir cette observation au chapitre du diagnostic).

OBSERVATION XIV (inédite)

due à l'obligeance de M. le Dr Picqué

Épulis fibromateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 29 ans. — Ablation. — Curettage. — Cautérisation. — Guérison.

M^{me} Maria L..., âgée de 39 ans, vient consulter le Dr Picqué à la Maison Dubois le 6 mars 1897, pour une petite-tumeur développée depuis quatre mois et siégeant au niveau de la canine gauche du maxillaire inférieur. La tumeur, de la grosseur d'une cerise environ, de couleur rosée, semblable à celle de la gencive, sur laquelle elle est implantée, de consistance ferme ; n'est et n'a jamais été le siège d'aucune douleur. Pas d'engorgement ganglionnaire.

On a fait l'ablation de la tumeur sans que l'anesthésie soit nécessaire. Le pédicule inséré sur le rebord alvéolaire est complètement détruit par un curettage minutieux, puis son point d'implantation profondément cautérisé au thermo-cautère. Suites simples. — Guérison rapide.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de fibrome presque pur.

OBBERVATION XV

(D^r Rodier, in Revue de Stomatologie, 1900).

Épulis de la variété sarcome ossifiant du maxillaire supérieur chez une femme âgée de 39 ans. — Ablation simple. — Guérison.

M^{me} H..., âgée de 39 ans, se présente à Lariboisière, à notre consultation, le 19 novembre 1898.

Elle porte, à la partie droite du maxillaire supérieur, une tumeur du volume d'une prune sèche ordinaire, comprise entre la deuxième prémolaire et la dent de sagesse, s'étalant légèrement en dehors et beaucoup plus du côté de la voûte palatine. Sa surface libre présente une forte dépression, occasionnée par la deuxième molaire inférieure, qui vient la comprimer pendant l'occlusion des mâchoires.

Cette tumeur lisse, sans ulcérations, offre l'aspect général d'une muqueuse gingivale saine, ferme et dure au toucher, non mobile; elle ne semble pas pédiculée.

Les première et deuxième molaires manquent complètement à ce niveau. La deuxième prémolaire et la dent de sagesse sont saines. Une gingivite généralisée témoigne de l'absence absolue des soins hygiéniques les plus élémentaires.

Le dépôt de tartre, abondant à ce niveau, indique la gêne pour la mastication du côté droit.

Depuis 10 ou 12 ans, M^{me} T... a eu de fréquentes fluxions, à peu près tous les deux mois, dit-elle, surtout au moment des règles. Il y a deux ans les derniers accidents fluxionnaires ont complètement disparu, à la suite de l'enlèvement d'une racine que la malade aurait cueillie elle-même, avec les doigts.

M^{me} X..., vient simplement me consulter pour cette grosseur dont elle fait remonter le début à deux ans, au moment de l'expulsion de la dernière racine. La chute des autres racines n'a pas laissé de traces. Mais elles n'ont pas été extraites chirurgicalement.

Depuis deux ans la tumeur augmente lentement et d'une façon régulière, sans toutefois occasionner d'autre phénomène qu'une gêne légère pour la mastication.

Pas de douleurs locales ou irradiées, pas d'hémorragies, pas de réaction ganglionnaire.

Je décide l'enlèvement de la tumeur immédiatement, à l'aide du bistouri, après anesthésie locale à la cocaïne.

Après avoir circonscrit la tumeur, je l'ai disséquée par sa face profonde et j'ai pu l'enlever très facilement et sans douleur, avec une pince de Péan. Seule a fait suite à l'opération une légère hémorrhagie qui cédait au bout de dix minutes à une forte compression à l'aide d'amadou légèrement imbibé de teinture d'iode fraîche.

Rentrée chez elle, M^{me} X..., doit faire toutes les 1/2 heures des lavages et bains de bouche avec une solution froide d'hydrate de chloral au 1/100, thymolée au 2/100.

J'ai revu la malade trois jours après. La plaie opératoire était en voie de cicatrisation normale, l'hémorrhagie n'a pas reparu. Depuis, tout s'est bien passé.

La tumeur enlevée présente l'aspect d'une tumeur fibreuse, ferme, formée surtout de fibres élastiques. Dans son intérieur, on peut voir, solidement adhérents au tissu fibreux, de quinze à vingt nodules de productions calcaires, plutôt osseuses, variant du volume d'un petit pois à celui d'un grain de millet. Ces nodules, en général de forme ronde, quelquefois ovoïde comme un grain de riz, ou allongés, ont une surface irrégulière et rugueuse, se cassent facilement et ressemblent plutôt à du ciment qu'à de l'ivoire ou de l'os ordinaire. Sur l'un d'eux, on distingue nettement, à la loupe, une petite surface blanche et brillante qui doit être de l'émail.

Cette tumeur, d'aspect nettement fibreux, ferme, à évolution lente, contenant, disséminés dans son intérieur, de nombreux nodules osseux, est un exemple typique du sarcome ossifiant décrit par Cornil et Ranvier.

OBSERVATION XVI

(in Revue d'Odontologie)

Épulis sarcomateuse siégeant sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur. — Ablation de la tumeur. — Suites opératoires?

M. Pierre M..., fossoyeur, âgé de 30 ans, vient, en 1886, consulter M. le Dr Marié, pour une tumeur développée sur la gencive supérieure à gauche. Depuis 8 ans, il portait à la voûte palatine une tumeur qui, dans cette dernière année, avait atteint la grosseur d'une petite noisette. Cette excroissance était, par intervalles, le siège de gêne et de douleurs que le patient parvenait à calmer momentanément en pratiquant des piqûres multiples à sa périphérie. Au moment où le malade a réclamé notre intervention, la néoplasie avait atteint le volume d'un œuf de pigeon, entraînant une gêne notable dans les fonctions de mastication et de phonation.

La tumeur était exactement située sur la face interne de l'arcade dentaire du maxillaire supérieur du côté gauche, entre la première petite molaire et la troisième grosse molaire.

Son insertion avait lieu par un pédicule étroit, résistant, mais permettant cependant l'introduction d'une spatule entre la grosseur et la voûte palatine. L'état de la bouche du malade n'était pas des meilleurs; la gencive autour des dents du bas était enflammée: une couche de tartre enveloppait les incisives et couvrait en partie les molaires du côté gauche: les dents inférieures étaient assez bonnes. La gencive autour des dents du haut avait la couleur normale et était assez ferme.

Pas de trace d'ostéo-périostite. Les grandes incisives étaient rongées par la carie jusqu'aux racines, la première petite molaire et la deuxième grosse molaire supérieure gauche également et toutes ces racines restant implantées dans leurs alvéoles respectifs; destruction des pulpes et des nerfs. Carie du deuxième degré des petites et grosses molaires supérieures droites. La tumeur avait la même apparence que la gencive, la couleur plutôt un peu plus foncée; il est à supposer que son point de départ était le périoste intra-alvéolaire de la première grosse molaire supérieure gauche.

Le 28 mars, j'ai, au moyen d'un fil de platine, pratiqué la ligature du pédicule de la tumeur; le 29 mars et le 30, le degré de torsion du fil fut graduellement augmenté. Pendant cette période de temps et surtout dans les jours suivants, le patient accusa de la douleur dans la région soumise à la ligature.

Le 2 avril, il s'établit un léger état morbide caractérisé principalement par une grande somnolence qui se produit même pendant les repas.

Le 3 avril, une légère fièvre se déclare ; on fait l'application d'une rondelle de caoutchouc serrant très fortement.

Le 4 avril, la fièvre persiste toute la nuit sans interruption et le malade, sous l'influence de la douleur, de la fièvre et de l'insomnie, nous paraît très affaibli.

Pour mettre fin à ces symptômes inquiétants nous achevons le lendemain au bistouri l'ablation de la tumeur, ce qui a lieu sans effusion de sang. La cautérisation de la section du pédicule est effectuée au fer rouge.

La tumeur ainsi détachée se montre spongieuse à la pression, particularité dont l'examen histologique va nous donner la raison.

L'extraction des racines est remise à une prochaine séance ; malheureusement le malade n'a pas reparu.

Diagnostic histologique : Epulis sarcomateuse (fasciculée).

(Voir l'examen complet au chapitre de l'anatomie pathologique).

OBSERVATION XVII

(in Bulletins de la Société anatomo-clinique de Lille, observation recueillie par M. Moissy, interne des hôpitaux).

Epulis fibromateuse du maxillaire inférieur. — Extirpation. — Évidement du bord alvéolaire. — Mort.

La nommée L. ., âgée de 66 ans, ménagère, entre à l'hôpital dans le service de M. Duret, pour se faire enlever une tumeur de la gencive inférieure droite.

Les débuts de cette tumeur remontent à 9 ans. Elle s'est développée au niveau du bord libre du maxillaire inférieur, vraisemblablement au lieu d'implantation d'une des petites molaires. Une de ces deux dents a été douloureuse pendant quelques jours et est ensuite tombée spontanément. Quelques semaines après, la malade s'est aperçue que la place de la dent était occupée par une petite excroissance charnue, de consistance dure. Le volume de cette dernière a bientôt atteint celui d'une noisette; mais comme elle n'était pas douloureuse et ne gênait pour ainsi dire pas la mastication, la malade ne s'en est pas autrement inquiétée.

Pendant environ 8 ans, la tumeur serait restée stationnaire; ce n'est que depuis 6 à 8 mois qu'elle a pris un accroissement appréciable pour arriver à rendre l'alimentation difficile.

A l'examen pratiqué à l'hôpital, le 17 septembre, on trouve une épulis volumineuse recouvrant tout le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur du côté droit et dépassant de 2 centimètres la ligne médiane. Elle le déborde notamment en dedans et en dehors, mais surtout en dedans, au point de remplir le plancher de la bouche, et de refouler la langue en haut et en arrière. En avant, elle fait hernie à l'extérieur de la bouche, sous forme d'une noix.

Sur le rebord alvéolaire inférieur du côté droit, il n'existe plus de dents, si ce n'est les incisives qui sont fortement déchaussées et rejetées en avant. L'arcade dentaire supérieure du même côté vient se placer dans une rainure existant à la surface de la tumeur.

La consistance est très ferme, la coloration rose-pâle. Nulle part, on ne trouve d'ulcérations. Pas d'engorgement ganglionnaire.

En circonscrivant la masse et en la soulevant avec le doigt, on arrive facilement à trouver un pédicule très court, paraissant assez large, et venant s'implanter dans la région des petites molaires.

La mastication est impossible. La succion est très gênée, ainsi que la déglutition, quoique à un degré moindre. La malade est obligée de se nourrir d'aliments liquides, qu'elle prend avec

une cuiller à café, en introduisant cette dernière entre la commissure gauche et la portion extra-buccale du néoplasme. Aussi son état est-il voisin de la cachexie.

L'haleine est très fétide.

Le 17 septembre, opération par M. Guermonprez, avec l'assistance de M. Rédier.

La malade étant endormie, la tumeur est enlevée en sectionnant son pédicule au bistouri. Au lieu de l'implantation, on fait un léger évidement avec la gouge à manche et on termine par une cautérisation au thermo-cautère.

La malade sort de l'hôpital le 27 septembre avec pneumonie de la base droite, et elle meurt chez elle quinze jours après.

La tumeur pèse 40 grammes. Elle a une consistance uniformément dure, presque la dureté du cartilage. Sa forme est celle d'un ovoïde aplati. Le pôle antérieur est le plus volumineux, il est élargi, presque bifurqué. Vers le milieu de la face supérieure existe un lobule mamelonné du volume d'une aveline. La face intérieure est totalement lisse. La base d'implantation est à peine d'un centimètre.

Par l'expression on ne fait sortir qu'une quantité très minime de sang : le tissu est manifestement peu vasculaire.

L'examen histologique de la tumeur, fait par M. le professeur Augier, a révélé un fibrome pur sans trace de tissu sarcomateux.

OBSERVATION XVIII

(In communications à la Société de Stomatologie)

Épulis ostéo-fibro-sarcomateuse avec dégénérescence myxomateuse du maxillaire supérieur. — Ablation de la tumeur. — Rugination du bord alvéolaire. — Guérison.

Le jeune X..., âgé de dix ans, vint consulter, le 28 mai 1887, dans le service du Dr Grancher, M. le Dr Galippe, pour une petite tumeur de la gencive supérieure. La tumeur est développée dans le sens horizontal et légèrement inclinée de bas en haut sur le maxillaire supérieur gauche. Son plus grand diamètre mesurait 14 millimètres environ sur 8 millimètres de hauteur.

Cette tumeur s'était développée entre l'incisive latérale gauche supérieure et la première petite molaire ; ces deux dents étaient nettement séparées par un espace assez considérable, ce qui prouvait nettement qu'il y avait un obstacle mécanique à leur rapprochement. La tumeur faisait une saillie de 7 à 8 millimètres sur la gencive et avait dévié, par la poussée qu'elle exerçait, la première petite molaire qui avait tourné sur son axe. Cet enfant n'avait jamais eu de canine de lait de ce côté ; il n'en avait pas non plus du côté droit. Il était permis de se demander si nous n'avions pas affaire dans ce cas à une anomalie par inclusion. La résistance de la tumeur ne prêtait guère à cette supposition.

Cette petite tumeur fut enlevée avec le bistouri et la rugine. Au point où elle s'implantait, le maxillaire fut profondément ruginé.

Les suites de l'opération furent des plus simples et, une dizaine de jours après l'opération, l'enfant était guéri.

Diagnostic histologique : Epulis ostéo-fibro-sarcomateuse avec dégénérescence myxomateuse (voir le détail de l'examen histologique au chapitre de l'anatomie pathologique, *Obs. histologique* 22).

La section ayant passé par le tissu lui-même de la tumeur, si la rugination n'a pas été complète, il se pourrait qu'il se produisit plus tard une récurrence locale. La pathogénie de cette tumeur ne nous est pas connue, et nous ne savons pas comment et par quelle cause s'est faite la sollicitation et la production de cette tumeur.

Il n'y avait point de dent cassée dans le voisinage, ni même en aucun point de la bouche.

Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XIX

(In Revue de Stomalogie, Dr Frey)

Épulis fibro-sarcomateuse de la mâchoire supérieure. — Ablation. — Curettage. — Récidive. — Curettage profond. — Guérison.

M^{me} E..., âgée de 28 ans, vient dans le service du Dr Monod consulter M. le Dr Frey pour une tumeur développée sur la gencive supérieure.

Quand je l'examine, je constate au niveau de la portion alvéolaire gauche de la mâchoire supérieure, dans un espace de 7 millim. environ, entre la canine et l'incisive latérale, une petite excroissance lisse, très rouge, grosse comme une noisette ; elle saigne au moindre contact ; sa consistance, assez molle à la périphérie, est ferme plus profondément.

La bouche est malpropre, les gencives sont rouges, un peu tuméfiées et saignantes ; beaucoup de dents sont cassées, beaucoup manquent ou sont à l'état de chicots.

La première petite molaire supérieure gauche est absente : la malade se rappelle que cette dent lui fut enlevée il y a une dizaine d'années.

Actuellement, la canine est presque contiguë à la deuxième petite molaire. Elle a donc été refoulée en arrière de tout l'espace occupé par la première bicuspide. La malade ne s'en est d'ailleurs nullement aperçue, elle n'a jamais éprouvé le moindre symptôme subjectif ; pas de sensation de tension profonde, pas de douleurs névralgiques comme on l'a observé quelquefois.

Quant à la tumeur, recouverte qu'elle est par la muqueuse très saignante, il n'est pas possible de délimiter son point d'implantation.

Les dents voisines, c'est-à-dire l'incisive latérale et la canine, sont saines et nullement branlantes. La mastication est légèrement gênée depuis quelque temps : c'est ce qui pousse la malade à consulter.

En effet, jusqu'à ces trois derniers mois, la tumeur qui se développait très lentement et sans douleurs, ne préoccupait nullement la malade.

Trois semaines avant que le Dr Sauvez me l'envoyât, elle l'avait fait curetter, mais ce simple curettage n'avait pas été suffisant, puisque l'excroissance n'avait pas tardé à repousser et à rattraper son volume (de noisette) un peu gênant.

Il s'agissait évidemment d'une épulis ; l'absence de carie à ce niveau, la consistance ferme, le refoulement de la canine en arrière dans sa totalité (couronne et racine) faisaient exclure l'hypothèse d'une fongosité gingivale.

C'était une épulis qui s'était coiffée de la muqueuse gingivale ; mais d'où venait-elle, quel était son point d'implantation ? Était-ce

le périoste sous-gingival? Venait-elle au contraire de l'alvéole de la canine ou de l'incisive latérale? La muqueuse, saignant au moindre contact de la sonde exploratrice et recouvrant complètement l'épulis, empêchait de faire le diagnostic.

Comme traitement, étant donnée l'insuffisance du curettage antérieur, il ne me restait plus qu'à extraire les dents voisines pour en curetter les alvéoles.

Je commençai par enlever la canine, et la tumeur vint avec elle, coiffée de sa muqueuse; son pédicule, très large, adhérait à la racine sur son côté droit, depuis le collet jusqu'à moitié de sa hauteur, à peu près.

Je curettai ensuite avec soin l'alvéole.

L'examen histologique, fait par le Dr Macaigne, chef du laboratoire du service, a montré qu'il s'agissait d'un petit fibrosarcome avec quelques cellules globo-cellulaires.

OBSERVATION XX

(In Gazette des hôpitaux de Toulouse)

Épulis fibro-sarcomateuse de la mâchoire inférieure. — Résection du maxillaire. — Guérison.

Madame X..., ménagère, âgée de 52 ans, vient consulter M. le Dr Duret pour une tumeur du maxillaire inférieur droit.

Cette tumeur a débuté, il y a un peu plus de six mois, par quelques petites excroissances dures, siégeant sur la gencive. Les petites tumeurs se sont développées peu à peu, et finalement se sont confondues pour former la masse relativement volumineuse que nous observons aujourd'hui. Leur développement n'a pas occasionné de douleurs; il n'a pas non plus déterminé la chute des dents. La malade n'a pas maigri; elle est surtout incommodée par une salivation abondante; les crachats sont fétides, parfois striés de sang. La mastication est gênée par la présence de la tumeur.

La joue droite est fortement soulevée; la commissure labiale droite est attirée en dehors. En faisant ouvrir la bouche, on constate, sur le maxillaire inférieur du côté droit, en dehors de la première prémolaire, la présence d'une tumeur du volume d'une petite mandarine, d'une coloration rosée peu différente de la gencive, faisant saillie à la fois dans le vestibule et dans la cavité buccale; elle s'étend, en arrière jusqu'aux dernières molaires. Sa consistance est ferme. Une rainure située entre la tumeur et la face antérieure du maxillaire montre qu'elle est indépendante du corps de l'os. En quelques points situés sur la portion qui correspond à la cavité buccale, sa surface est sphacélée, recouverte d'un enduit sanieux répandant une odeur infecte. Les dents des deux mâchoires sont très mauvaises. Le maxillaire n'est pas déformé.

Dans la région sus-hyoïdienne latérale droite existent quelques petits ganglions hypertrophiés.

On porte le diagnostic d'épulis probablement sarcomateuse. L'extirpation en est décidée. Dans la crainte que le pédicule de la tumeur ne se prolonge jusqu'au centre de l'os, M. Duret pratique la résection de toute la moitié droite du maxillaire inférieur. Deux incisions verticales portant, l'une sur la ligne médiane du menton, l'autre sur la région sous-maxillaire, et réunies par une grande incision parallèle au bord inférieur du maxillaire, permettent de mettre à nu l'os et la glande sous-maxillaire avec les ganglions qui l'entourent. La scie à chaîne est appliquée exactement sur la ligne médiane; l'os est totalement libéré par la section des muscles masticateurs et la désarticulation temporo-maxillaire; la glande sous-maxillaire est enlevée du même coup.

Le chirurgien referme la plaie par deux plans de suture, l'un pour la muqueuse, au catgut, l'autre pour la peau, au crin de Florence.

Les suites opératoires n'ont présenté aucun incident : la malade est actuellement guérie.

La tumeur que je vous présente est plantée à cheval sur le rebord alvéolaire du maxillaire inférieur et recouvre en partie la face antérieure et la face postérieure de l'os. Sa consistance est fibreuse ; sa surface est mamelonnée et présente deux anfractuosités profondes, au fond desquelles se trouvent deux dents cassées et déformées reconnues pour être la 2^e prémolaire et la 1^{re} grosse molaire. Les rapports de ces deux dents avec la tumeur sont intéressants à noter : leur couronne est entièrement libre et leur racine reste en rapport immédiat avec le rebord alvéolaire : la tumeur leur forme, au niveau du collet, comme une vaste collerette qui déborde la couronne et la recouvre.

Une section pratiquée au centre de la tumeur, dans le sens antéro-postérieur et prolongée à travers l'os, montre les rapports exacts du pédicule. Celui-ci est absolument limité au rebord alvéolaire, sur lequel il est solidement implanté. De chaque côté, la tumeur retombe sur le corps de l'os ; le pédicule ne se continue pas vers le centre du maxillaire qui est éburné.

Diagnostic histologique (du professeur Augier) : *Epulis fibrosarcomateuse*.

(Pour le détail de l'examen histologique, voir au chapitre de l'Anatomie pathologique. — *Obs. histolog.* 13).

OBSERVATION XXI

(In revue d'Odontologie)

Épulis ostéo-sarcomateuse développée sur le bord alvéolaire du maxillaire inférieur à gauche. — Ablation. — Guérison.

Madame K..., âgée de cinquante ans, mère de deux enfants, vient consulter M. le Dr Marié, le 12 juin 1885, pour une tumeur siégeant sur le maxillaire inférieur, partant de la ligne médiane et allant jusqu'à la première molaire. La santé est bonne, elle n'accuse comme antécédents qu'une pleurésie remontant à deux ans. Il y a, dit la patiente, seize ans qu'elle s'aperçut d'une petite grosseur de la dimension d'une lentille sur la paroi intérieure du maxillaire, en dedans et au-dessous de l'incisive latérale gauche extraite il y a trois ans. Les dernières années, la grosseur se développa, forma tumeur, et, depuis quatre mois, prit les proportions étendues indiquées plus haut, et au point à présent de gêner la langue. La tumeur présente un renflement d'aspect fongueux, couleur lie de vin, striée de rouge vif. En-dessous et dans la partie faisant face à la langue, se trouve une masse de tartre mobile, imparfaitement liée à la muqueuse, quoique bien implantée. La canine et la prémolaire du côté affecté sont dépourvues d'adhérence gingivale, le décollement paraît assez profond ; le tartre est assez abondant dans cette bouche. La tumeur est implantée sur une base assez large, et son étendue libre va des apophyses geni jusqu'aux racines de la première grosse molaire, du côté gauche.

Traitement. — Le 14 juin est posée une première ligature ; l'étranglement de la tumeur produit une certaine douleur dans l'après-midi.

Le 16, la tumeur s'est rétrécie un peu ; grande fétidité de la bouche ; prescription de gargarismes au chlorate de potasse.

Le 18, nouvelle ligature qui provoque d'assez fortes douleurs.

Le 20, une dernière ligature fut appliquée et fortement serrée, et comme la malade éprouva une grande souffrance, on lui donna deux pastilles de cocaïne qui la soulagèrent.

A l'aide du bistouri, la tumeur fut enlevée et son pédicule fortement cautérisé au thermocautère afin de ne rien laisser. Enfin, l'os dut être touché par le cautère. La perte de sang fut minime, grâce aux ligatures faites préalablement et ne tarda pas à s'arrêter.

Le 21, nous revoyons la malade qui a fait, dans l'intervalle, des gargarismes avec une solution phéniquée. Aucune suppuration ne s'est produite. On observe un petit séquestre que nous enlevons facilement. A la même séance, l'ablation du tartre fut faite.

Le 28 juillet, environ un mois après, la personne se repré-

senta. La cicatrisation s'était parfaitement opérée : la muqueuse couvrait parfaitement les parties dénudées pendant l'opération et elle était très adhérente aux dents. En un mot, guérison complète.

Diagnostic histologique : Epulis de la forme *ostéosarcome*). Pour l'examen histologique, se reporter au chapitre de l'anatomie pathologique (*Obs. histologique* 19).

OBSERVATION XXII

(Trélat, 1877, in Gazette des Hôpitaux)

Épulis myxosarcomateuse d'origine périostogène du maxillaire supérieur sur la ligne médiane. — Opération simple. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 24 ans qui, pendant l'accouchement qu'elle a eu l'année dernière, s'est fait mal au bord alvéolaire en serrant les dents sous l'influence d'une douleur, et, consécutivement à cet effort, a vu apparaître une petite tumeur qu'elle présente encore aujourd'hui, et pour laquelle elle est entrée à l'hôpital. Il existe, en effet, sur le bord alvéolaire de l'arcade dentaire supérieure, entre les deux incisives médianes, une petite tumeur d'une forme assez irrégulière, bosselée, d'une coloration blanchâtre à sa partie antérieure, et évidemment due à des cautérisations dentaires inopportunes et inutilement faites. Cette tumeur fait saillie à la partie antérieure sur la lèvre et s'étend presque jusqu'au sillon gingivo-labial : elle a un volume de 15 à 18 millimètres. En arrière, elle empiète également sur la face postérieure du bord alvéolaire.

La tumeur ne tient pas à l'os et est mobilisable sur lui. Il n'y a pas de réaction ganglionnaire. Ablation, résection du bord alvéolaire et cautérisation. — Guérison.

L'examen de la tumeur confirmant en cela le diagnostic assez facile de myxosarcome permet de reconnaître que la tumeur n'a pas envahi l'os ni même la profondeur du périoste ; elle n'est pas très vasculaire. En outre, dans l'épaisseur de la tumeur on trouve des îlots de substance hyaline grise (substance myxomateuse), englobés dans les éléments ordinaires et caractéristiques du sarcome.

II. RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

(In thèse de Nélaton, Paris, 1860)

OBSERVATION XXIII

Épulis à myélopaxes de la face antérieure du maxillaire supérieur gauche chez un homme de 21 ans. — Extirpation complète de la tumeur. — Rugination. — Guérison.

OBSERVATION XXIV

Épulis à myélopaxes du maxillaire supérieur gauche chez une jeune fille de 14 ans. — Excision ; reproduction, excision et cautérisation. — Reproduction. — Troisième excision et cautérisation : Reproduction. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison se maintenant après 6 ans

OBSERVATION XXV

Épulis fibro-sarcomateuse du maxillaire supérieur chez une femme de 17 ans. — Extirpation. — Guérison se montrant après 6 ans.

OBSERVATION XXVI

Épulis double à myélopaxes de la mâchoire supérieure chez une femme de 43 ans. — Résection partielle du bord alvéolaire. — Guérison durable après 2 ans 1/2. — Recue après 10 ans ; pas de récurrence.

OBSERVATION XXVII

Épulis à myélopaxes du maxillaire supérieur gauche chez un homme de 30 ans (le début remontant à 7 années). — Résection partielle du bord alvéolaire. — Guérison durable après 8 années.

OBSERVATION XXVIII

Épulis à myélopaxes du maxillaire supérieur droit chez une femme de 27 ans. — Résection de la partie correspondante de l'alvéole. — Guérison durable après deux ans. Revue sans récurrence aucune après 9 ans.

OBSERVATION XXIX

Épulis à myélopaxes sur un très jeune enfant. — Opération incomplète. — Reproduction sur place. — Extirpation et rugination. — Guérison.

OBSERVATION XXX

Petite épulis à myélopaxes logée dans l'alvéole d'une grosse molaire supérieure du côté droit chez une jeune fille de 22 ans. — Extraction de la dent avec la tumeur. — Guérison confirmée même après 6 ans.

Depuis deux mois, la malade a de la névralgie dentaire se manifestant par une douleur continue, s'exaspérant le jour, devenant très vive quand on pressait sur la grosse molaire et par conséquent aussi pendant la mastication. La dent douloureuse était vacillante et profondément cariée; la plupart des autres molaires étaient cariées mais indolentes. Au pourtour de la dent douloureuse, le bord alvéolaire était à peine tuméfié, mais la gencive était décollée de la surface dentaire, et, au niveau de ce décollement existait un suintement purulent. Cette portion gingivale et peut-être même l'intérieur de l'alvéole étaient le siège de saignements fréquents, spontanés ou provoqués, et suivis de soulagement. Au bout de quinze jours, les accidents s'étaient calmés complètement; ils n'avaient reparu que depuis quatre jours, et avec les mêmes caractères.

M. Magitot fit l'extraction de la dent à l'aide d'un davier, et amena, avec les racines de cette dent, une production charnue du volume d'une petite fève, qui leur était adhérente; pareille chose lui était déjà arrivée plusieurs fois, mais c'était pour des tumeurs d'une nature histologique différente. Celle-ci était en grande partie enchâssée dans l'intervalle des racines de la dent; sa surface extérieure était grisâtre et régulière; sa coupe d'une couleur rougeâtre bien accusée rappelait celle des tumeurs myélopaxiques les plus franches et l'examen microscopique pratiqué par M. Ch. Robin démontra effectivement qu'elle était principalement composée de plaques à noyaux multiples; on y trouvait aussi une trame lamineuse; puis des globules purulents, qui annonçaient qu'elle avait subi un certain degré d'inflammation.

Six mois après, la jeune fille a été revue bien portante.

OBSERVATION XXXI

Épulis à myélopaxes du maxillaire supérieur à droite chez une femme de 22 ans. — Quatre récidives successives par opérations incomplètes. — Résection partielle du maxillaire. — Malade guérie et revue après deux ans.

OBSERVATION XXXII

Épulis à myélopaxes du bord alvéolaire inférieur droit chez un homme de 25 ans. — Simple excision. — Récidive. — Tentative de destruction au cautère. — Reproduction.

OBSERVATION XXXIII

Épulis à myélopaxes du bord alvéolaire intérieur droit chez une jeune fille de 20 ans. — Résection partielle du bord alvéolaire. — Guérison durable après cinq ans.

La malade s'est aperçue de sa tumeur depuis quatre mois. Cette tumeur est aujourd'hui du volume d'une noisette, ovoïde, située sur la face postérieure du bord alvéolaire, en arrière de la deuxième incisive, de la canine et de la première molaire du côté droit auxquelles elle correspond. Par sa limite inférieure, elle avoisine le plancher de la bouche et, par sa limite supérieure, atteint le bord tranchant des incisives. Sa consistance est assez ferme, quoiqu'un peu élastique; sa couleur livide, bleuâtre, légèrement violacée: elle adhère franchement à l'os maxillaire, sur lequel il est impossible de la rendre mobile; les dents correspondantes ont été ébranlées; l'une d'elles est même tombée depuis quelques jours. Il n'existe aucun battement dans cette tumeur; quelquefois, dit la malade, elle donne lieu à un léger suintement sanguin, et, depuis un mois surtout, elle a pris un développement rapide, à la suite, dit-elle, de plusieurs piqûres qu'elle y aurait faites avec une épingle.

On pratique, à l'aide d'une trichoise, l'extirpation de la portion osseuse alvéolaire qui supporte la tumeur ainsi que les dents correspondantes.

La tumeur enlevée est formée par un tissu de consistance charnue dont la coloration à la surface de la coupe est d'un rouge pâle, presque blond, et tout-à-fait comparable, pour la couleur et la consistance, à la chair musculaire du veau. Il est recouvert entièrement par le tissu gingival aminci qui lui adhère, il est en connexion intime avec la partie la plus élevée de la face postérieure du bord alvéolaire; cependant le tissu de l'os, même à ce niveau, n'a éprouvé qu'une perte de substance presque insignifiante, qui l'a seulement rendu un peu rugueux et inégal dans un point très limité. En examinant attentivement cet endroit, on aperçoit en effet, dans le tissu osseux, une toute petite excavation anfractueuse, dont la longueur et la profondeur ne dépassent guère 2 millimètres; il semble que la tumeur ait débuté dans un point de ce tissu extrêmement voisin de sa superficie, et qu'elle se soit ensuite développée tout entière à l'extérieur de l'os, c'est-à-dire sous la membrane périosto-gingivale qui tapisse le haut de sa face postérieure.

Diagnostic histologique — Sarcome à myélopaxes. (Pour le détail de l'examen histologique, se reporter au chapitre de l'anatomie pathologique (*Obs. histologique* 18).

OBSERVATION XXXIV

Épulis fibro-sarcomateuse de la mâchoire inférieure droite, chez une fillette de 9 ans. — Excision. — Reproduction immédiate. — Éradication de la tumeur par grugement du tissu osseux — Guérison durable.

La petite malade porte une tumeur de la grosseur d'une petite noisette située un peu au dessous du feston gingival, sur la face externe du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure dans un point qui correspond à la première et à la deuxième petite molaire du côté droit; ces dents sont saines et légèrement ébranlées. La tumeur est parfaitement indolente, de forme hémisphérique, d'une dureté fibro cartilagineuse et très adhérente à l'os, sur lequel elle repose par une large base; elle est recouverte par la muqueuse gingivale qui présente, vers son sommet, une légère ulcération.

Cette tumeur a débuté il y a six ou huit mois, immédiatement après la chute d'une petite molaire de la première dentition qui était cassée. Elle a été excisée au mois de janvier dernier par un médecin de la ville, à l'aide de ciseaux courbés, mais elle s'est reproduite presque aussitôt après cette opération insuffisante.

M. le professeur Nélaton fait une extirpation plus complète sous le chloroforme.

Il faut toutefois ménager autant que possible le bord alvéolaire pour préserver l'enfant d'une déformation trop considérable; au lieu donc de réséquer la portion osseuse correspondante du bord alvéolaire, comme semblerait l'indiquer le danger d'une seconde récurrence, on se contente, pour cette fois, de circonscrire la base de la tumeur avec le tranchant d'une gouge, en pénétrant assez profondément dans le tissu osseux, pour en obtenir l'éradication. La tumeur ainsi enlevée est soumise à une coupe.

Diagnostic histologique. — Épulis à forme de fibro-sarcome. (Voir le détail de l'examen histologique, au chapitre de l'anatomie pathologique. *Observation histologique* 8).

L'enfant, revue après plusieurs années, est restée complètement guérie.

(In *Thèse Cruet*, Paris, 1900)

OBSERVATION XXXV

Épulis sarcomateuse du bord alvéolaire du maxillaire inférieur chez une femme de 30 ans. — Ablation large. — Récidive au bout de deux ans. — Résection partielle du maxillaire inférieur. — Guérison confirmée.

OBSERVATION XXXVI

Épulis sarcomateuse du maxillaire inférieur droit chez un homme de 29 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison durable.

OBSERVATION XXXVII

Épulis fibreuse siégeant au niveau du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur à gauche chez une femme de 25 ans. — Ablation. — Résection de l'alvéole. — Guérison.

La malade ressent depuis cinq mois de violentes douleurs dentaires au niveau de la deuxième molaire supérieure gauche, qui, à ce moment, commençait déjà à s'entourer d'un petit bourrelet. Depuis, les névralgies dentaires surviennent sous forme de crises à des intervalles plus ou moins rapprochés. Depuis un mois cependant elles paraissent moins intenses et moins fréquentes : quoi qu'il en soit, le petit bourrelet gingival s'est développé pendant ce temps, et il cache aujourd'hui en partie la deuxième molaire.

A l'inspection, on constate, au niveau de cette deuxième grosse molaire supérieure gauche, une tumeur ayant les dimensions d'une petite noisette. Cette tumeur contient pour ainsi dire la deuxième molaire qui n'en émerge guère que tout à fait par son extrémité inférieure. Elle est arrondie, lisse, de coloration rosée, et est séparée par un petit sillon du bord alvéolaire sur lequel elle s'implante. Elle est donc presque pédiculée. La muqueuse gingivale, à son niveau, est parfaitement saine.

Le palper de la petite masse dénote une dureté très accusée.

D'après ces caractères, il s'agit probablement d'une épulis fibreuse.

Opération, chloroforme. Les arcades étant écartées au moyen d'un ouvre-bouche, l'interne du service arrache péniblement les deux premières molaires supérieures. Puis, au moyen de la pince coupante, il taille un coin osseux à base intérieure comprenant et au-delà toute la surface d'insertion de la tumeur.

L'hémostase est assurée par l'application d'un tampon de gaze stérilisée.

Au bout de quinze jours, la cicatrisation est complète et l'on fait appliquer un appareil prothétique.

Nous avons eu récemment des nouvelles de cette malade ; la guérison s'était maintenue et il n'y avait eu aucune menace de récurrence.

OBSERVATION XXXVIII (in *Guersant*)

Épulis sarcomateuse du maxillaire inférieur gauche chez un enfant de 10 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

OBSERVATION XXXIX (in thèse *Rivière*, 1876, Paris)

Épulis sarcomateuse du maxillaire inférieur droit chez un homme de 32 ans. — Extirpation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison durable.

OBSERVATION XL (in *Gazette médicale*, 1897, *D^r Friteau*)

Épulis sarcomateuse du maxillaire supérieur droit chez une femme de 25 ans. — Simple ligature. — Six mois après, sarcome énorme de la moitié droite de la face. — Nouvelle intervention impossible à tenter.

(In thèse *Philippeau*, Paris, 1900)

OBSERVATION XLI

Épulis fibro-sarcomateuse du maxillaire supérieur droit chez un homme de 25 ans. — Extirpation. — Cautérisation. — Récidive. — Ablation complète, pas de guérison mais envahissement et généralisation.

M. le Dr Babinski, alors interne des hôpitaux, fait l'examen histologique que nous résumons ici :

Au-dessous de l'épithélium stratifié et du tissu de la muqueuse palatine, on constate la présence de fibres musculaires striées assez nombreuses, offrant toutes les lésions de la myosite, tuméfaction du protoplasme, atrophie de la substance striée, multiplication des noyaux, et, par places, dégénérescence vitreuse. Dans l'intervalle des fibres, et dans presque toute l'étendue des coupes, se trouve un tissu embryonnaire parcouru par des vaisseaux à parois minces et dilatées.

OBSERVATION XLII

Épulis sarcomateuse du maxillaire inférieur droit chez un homme de 26 ans. — Extirpation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison durable.

(In thèse *Gœury*, Paris, 1880)

OBSERVATION XLIII

Épulis sarcomateuse du maxillaire inférieur droit chez une jeune fille de 17 ans. — Excision de la tumeur suivie de cautérisation. — Récidive. — Ablation suivie de rugination de l'os et de cautérisation profonde. — Guérison.

La malade, qui n'a rien à noter de particulier dans ses antécédents, s'est aperçue en juillet 75 qu'elle avait derrière la canine inférieure droite une petite tumeur molle qui, grossissant peu à peu, déplaçait la dent. Elle se décida alors à se faire opérer.

On commença par enlever la canine, puis l'alvéole fut exploré et trouvé sain. On procéda alors à l'ablation de la tumeur, et, avec une curette on enleva les prolongements qui paraissaient s'étendre dans la substance même de l'os. La tumeur incisée, aucun liquide ne s'écoula. Examinée au microscope elle parut formée exclusivement de cellules émbryoplastiques.

Au mois de novembre suivant, au niveau de la deuxième incisive droite, l'arcade alvéolaire devient proéminente, et le même médecin, appelé, constate une tuméfaction du bord alvéolaire qui est élastique et dépressible; il perçoit pendant plusieurs jours la crépitation parcheminée à ce niveau, mais bientôt elle disparaît, en même temps que la tumeur prend un volume plus considérable. Toutes les incisives présentent bientôt un peu de mobilité.

Tous ces accidents augmentent jusque dans le courant de février 1876, époque à laquelle la malade vient consulter M. Magitot.

État actuel. — M^{lle} X... présente une déformation sensible de la lèvre inférieure qui est notablement soulevée. Le bord alvéolaire est le siège d'une tumeur qui s'étend de la place qu'occupait la canine droite qui a été arrachée jusqu'à la canine gauche. Cette tumeur s'élève en hauteur jusqu'au bord libre des dents sur lesquelles elle s'est moulée. Son volume est à peu près celui d'un œuf de pigeon.

La tumeur est dure, élastique et résistante. Sa coloration est lie de vin. Elle saigne facilement quand on la blesse. On ne perçoit pas à son niveau de crépitation osseuse.

En arrière, la gencive est gonflée, dure et élastique, mais il n'y a pas, à proprement parler, de tumeur. Les quatre dents incisives qui s'implantent dans le bord alvéolaire, à son niveau, sont ébranlées et mobiles.

Nulle part on ne provoque de la douleur.

Opération faite le 20 février 1876. M. Magitot extrait avec un davier les quatre incisives qui s'implantent dans la tumeur et avec un bistouri enlève tout ce qu'il peut des parties molles, puis il rugine la gouttière osseuse qui résulte de l'ablation des dents. L'opération se fait sans présenter rien de particulier, si ce n'est une hémorrhagie assez abondante, mais qui s'arrête rapidement.

Au bout de quelques jours, on constate au fond de la gouttière osseuse, des bourgeons de mauvaise nature constitués par la reproduction du tissu néoplasique.

Des applications d'acide chromique ont été répétées une fois par semaine à peu près jusqu'au milieu de juin.

A cette époque, la gouttière était très profonde et se trouvait recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. On laisse les bourgeons charnus se reformer, pour combler la cavité énorme produite par les nombreuses cautérisations et dont le fond n'est pas loin de la crête du menton. La guérison est complète au mois de juillet.

OBSERVATION XLIV

Eplulis fibromateuses multiples du bord alvéolaire inférieur chez une femme de 46 ans. — Excision. — Cautérisations profondes. — Guérison.

La malade a, depuis 7 ans, autour d'une grosse molaire inférieure gauche, d'ailleurs saine, une tuméfaction indolore de la gencive.

Environ une année après ce début, une masse analogue se produisit autour de la deuxième petite molaire du même côté. Cette petite molaire était séparée de la grosse molaire par un intervalle vide depuis longtemps, par suite d'extractions, et d'ailleurs dépourvue d'altérations.

Peu après, et environ dans l'espace d'une autre année, trois tuméfactions semblables se produisirent au côté droit de la même mâchoire, toujours avec la même indolence. Ces trois masses occupaient l'une le pourtour d'une grosse molaire, l'autre le voisinage de la première petite molaire droite; la troisième siégeait auprès de débris de la première grosse molaire, interposés aux deux masses précédentes.

Ces productions, d'abord stationnaires comme volume pendant trois ou quatre années, prirent depuis cette époque un développement assez considérable pour gêner les mouvements et fonctions de la bouche et produire sous les joues des saillies visibles extérieurement.

Au mois de juillet 1868, nous constatons l'état suivant :

Les deux masses de gauche ont environ le volume d'une grosse noix : elles sont dures, résistantes, d'une coloration blanchâtre et recouverte de la muqueuse lisse et polie. La surface est mamelonnée. La masse, placée au fond de la bouche, dépasse, par son développement en hauteur, le niveau de la couronne de la grosse molaire, qui semble enfoncée au centre de la tumeur. Cette dent est toutefois assez ébranlée.

La seconde masse de gauche est également mamelonnée et semble avoir pris son développement en dehors; elle se dirige vers la face interne de la joue.

Des trois tumeurs de droite, celle du fond est la plus volumineuse; elle représente encore le volume d'une forte noix. Les deux autres sont à peu près du volume d'une noisette. Nous constatons en outre la présence de deux autres petites tumeurs qui ont absolument les mêmes apparences et qui siègent en avant des canines inférieures; elles ont le volume d'un pois. Nous pratiquons immédiatement l'extraction de la première grosse molaire gauche, centre de la tumeur.

Cette opération entraîne au dehors de l'alvéole la dent sans difficulté. Mais celle-ci reste adhérente à la masse de la tumeur qui se déchire et dont un lambeau reste attaché à la racine. Nous achevons l'avulsion en sectionnant les adhérences et en

enlevant en même temps avec le bistouri une portion assez étendue de la tumeur.

L'examen de la pièce nous montre en effet une adhérence intime des tissus morbides à la membrane périostale de la racine.

Quant à l'*examen microscopique*, il nous révèle la constitution particulière aux tumeurs fibreuses proprement dites : trame cellulaire serrée, avec interposition de noyaux et corps fusiformes fibroplastiques. Le tissu est en outre assez vasculaire, mais ne présente que de rares tubes nerveux.

Cinq jours après cette première avulsion, nous faisons dans la cavité qui occupe le centre de la masse restante une application d'acide chromique monohydraté, que nous continuons quelque temps.

Il en est de même pour les autres et la guérison se fait après de nombreuses cautérisations.

OBSERVATION XLV

Épulis fibromateuse molle du bord alvéolaire du maxillaire inférieur gauche chez une femme de 27 ans. — Ablation de la tumeur. — Récidive. — Ablation et résection du bord alvéolaire. — Guérison durable.

Examen histologique fait par le D^r Nepveu, — tissu conjonctif très lâche, presque gélatineux.

OBSERVATION XLVI

Épulis fibromateuse du maxillaire supérieur gauche chez une femme de 52 ans. — Excision simple. — Guérison durable.

In Saurel, (*Revue de thérapeutique du Midi*)

OBSERVATION XLVII

Épulis fibromateuse. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

OBSERVATION XLVIII

Épulis fibromateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 68 ans. — Ablation. — Cautérisation profonde. — Guérison.

OBSERVATION XLIX

Épulis fibromateuse du maxillaire inférieur chez un homme de 62 ans. — Ablation. — Cautérisation profonde. — Guérison.

OBSERVATION L

Épulis ostéo-sarcomateuse du maxillaire supérieur chez une femme de 45 ans. — Ablation. — Résection large. — Guérison.

OBSERVATION LI

Épulis ostéo-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 48 ans. — Ablation. — Résection large. — Guérison.

OBSERVATION LII

Épulis ostéo-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 34 ans. — Simple ablation. — Mort.

OBSERVATION LIII

Épulis ostéo-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 83 ans. — Ablation sans résection. — Mort.

OBSERVATION LIV

Épulis ostéo-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez un homme de 28 ans. Ablation. — Résection alvéolaire. — Guérison.

OBSERVATION LV

Épulis sarcomateuse à myélopaxes. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

In Désir de Fortunet (Revue de Chirurgie, 1887)

OBSERVATION LVI

Épulis fibromateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 62 ans. — Ablation simple. — Guérison.

Rose J..., 62 ans, souffre de névralgies dentaires depuis l'âge de 25 ans; tumeur bombée assez résistante au doigt, de couleur rouge, de la grosseur d'une noix, siégeant sur la gencive inférieure entre l'incisive médiane droite et la canine gauche. La tumeur a un long pédicule. Elle est apparue il y a dix mois, simple gêne de parole et de mastication, pas de douleurs, ganglions sains.— Ablation.

(Voir l'examen histologique au chapitre de l'Anatomie pathologique, *Obs. histologique 1*).

OBSERVATION LVII

Épulis fibromateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 64 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

Jeannette H... (64 ans) a, au niveau des incisives du maxillaire supérieur, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette recouverte par une membrane lisse, tendue, non ulcérée, de couleur normale, de consistance ferme.

La tumeur adhère fortement au tissu osseux et entoure complètement l'incisive latérale droite.

Presque toutes les dents sont cariées. Le début de la tumeur remonte à quelques mois. Ablation; résection du bord alvéolaire.

(Voir l'examen histologique, etc., *Obs. histologique 2*).

OBSERVATION LVIII

Épulis fibro-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 21 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

Lucie B... éprouve depuis cinq semaines une douleur vive au niveau des incisives du maxillaire inférieur. Ayant mordu dans une pomme, elle a eu de la douleur et une petite hémorrhagie gingivale. Toutes les dents sont saines. Actuellement, la tumeur occupe toute la face postérieure du maxillaire inférieur au niveau des deux incisives gauches.

Elle pousse des prolongements venant sur la paroi antérieure de la gencive en passant entre les deux incisives et près de la canine.

Tumeur bosselée, de couleur semblable à celle de la gencive saine, adhérente aux tissus sous-jacents. Consistance assez ferme; tumeur indolore, pas d'engorgement ganglionnaire.

Ablation; résection du bord alvéolaire; guérison.

(Voir l'examen histologique, etc., *Obs. histologique 3*).

OBSERVATION LIX

Épulis fibro-sarcomateuse à myéloplaxes du maxillaire inférieur chez une femme de 50 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

Tumeur de la grosseur d'une noisette siégeant au niveau des deux incisives médianes.

Début remontant à 7 mois. Coloration violacée ; consistance rappelant celle du cartilage.

Jamais de douleurs. Fixée solidement aux parties sous-jacentes, ganglions sains.

Ablation, résection du bord alvéolaire, guérison (Voir l'examen histologique à l'Anatomie pathologique) (*Obs. histologique 10*).

OBSERVATION LX

Épulis fibro-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 55 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

Peu de dents et toutes cariées. Il y a six mois, entre l'incisive qui restait et la canine gauche apparut un petit bourgeon charnu, indolore, augmentant progressivement.

Actuellement, tumeur sur la face interne du maxillaire, mais avec prolongement jusque sur la face antérieure de l'os, pas de réaction ganglionnaire : Ablation, résection du bord alvéolaire, guérison.

OBSERVATION LXI

Épulis fibro-sarcomateuse du maxillaire inférieur chez une femme de 41 ans. — Ablation. — Résection partielle du maxillaire. — Guérison.

Tumeur dont le début remonte à six mois. Quelque temps avant, la malade aurait reçu un coup à l'endroit de la tumeur.

La tumeur, située sur le maxillaire inférieur à droite de la ligne médiane, s'avance jusqu'à la canine du même côté. Plusieurs dents ébranlées, un ganglion engorgé à droite.

Ablation, résection partielle du maxillaire, guérison.

OBSERVATION LXII

Épulis fibro-sarcomateuse du maxillaire supérieur à droite chez une femme de 18 ans. — Ablation. — Résection du bord alvéolaire. — Guérison.

Rien de très particulier à noter : début datant de six mois, et auparavant abcès dentaires multiples.

(Voir l'examen histologique de ces trois dernières observations au chapitre de l'Anatomie pathologique (*Obs. histologique 11*)).

OBSERVATION LXIII

Épulis ostéo-fibro-sarcomateuse double des deux maxillaires chez une femme de 68 ans. — Ablation du bord alvéolaire. — Guérison.

Névralgies dentaires rebelles ; il y a au maxillaire inférieur une épulis remontant à plus d'un an, occupant la place de la canine droite tombée. L'épulis du maxillaire supérieur est beaucoup plus volumineuse, à peu près du volume d'un œuf de pigeon, allant des incisives à la dernière molaire ; ne remontant qu'à cinq ans ; pas de douleur ni d'engorgement ganglionnaire.

OBSERVATION LXIV

Épulis ostéo-fibro-sarcomateuse de la branche horizontale du maxillaire chez un garçon de 9 ans. — Ablation. — Résection de presque toute la branche du maxillaire. — Guérison.

Début il y a six mois et demi. La tumeur s'étend sur tout le bord gingival droit de la canine à la branche montante.

(Voir l'examen histologique de ces deux tumeurs à l'Anatomie pathologique (*Obs. histologique* 20).

OBSERVATIONS LXV à LXXXVIII

In Melleville Wassermann, Heidelberg 1887 (traduit de l'allemand)

TABLEAU RÉCAPITULATIF, RÉSUMÉ

AGE ET SEXE	DÉBUT DE LA MALADIE	NATURE ET SIÈGE DE LA TUMEUR	NATURE DE L'OPÉRATION	SUITES OPÉRATOIRES	ÉVOLUTION ULTÉRIEURE	REMARQUES
H. 21 ans.	à 20 ans.	<i>A. Maxillaire supérieure.</i> Epulis à forme ; Sarcome géantocellulaire allant de la dent de sagesse à la canine gauche.	Ablation au cautère Pacquelin, extraction de la première molaire. Résection alvéolaire en arrière à la gouge et au ciseau.	Bonnes, léger gonflement de la joue et de la langue pendant 2 jours.	Guérison.	Guérison durable après 9 ans.
F. 5 ans 1/2.	à 5 ans	Fibrosarcome, entre les 2 incisives latérales médianes.	Extraction des dents cariées. — Extirpation. — Résection alvéolaire. — Pacquelin.	Bonnes. — Un peu de gonflement de la gencive. Un peu de suppuration pendant 3 jours.	Guérison.	Guérison durable après 8 ans.
H. 24 ans.	à 23 ans 1/2	Fibrosarcome gaulche. Les alvéoles II ^{es} et III ^{es} de 2 grosses molaires où est la tumeur, tuméfiées.	Extraction de 4 dents voisines. Abrasion de la tumeur et du bord alvéolaire avec la pince à os. — Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 7 ans.
F. 42 ans.	à 42 ans.	Sarcome géantocellulaire sur l'alvéole des 2 grosses molaires droites.	Résection du bord alvéolaire (après extirpation de la tumeur) avec la pince à os. — Pacquelin.	Bonnes.	S'en va sur sa demande presque guérie.	Pas de renseignements.
H. 13 ans.	à 12 ans.	Sarcome géantocellulaire ; de 1 ^{re} incisive à 2 ^{es} grosses molaires droite ; allant vers l'aile du nez.	Extraction du 1 ^{er} molaire et d'incisive latérale droite. Résection du bord alvéolaire entraînant les 2 petites molaires. Section de la commissure buccale pour terminer l'extirpation.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après extraction de la canine droite supérieure.

F. 53 ans.	à 52 ans.	Sarcome géantocellulaire du volume d'une noisette derrière incisive médiane droite.	Extraction de l'incisive et résection du rebord alvéolaire. — Cautérisation avec le Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 4 ans.
F. 21 ans.	à 21 ans.	Epulis de nature : occupant la région molaire gauche et gagnant le cou sous le stylomastoidien, grosseur du poing.	Refusée par la malade.	Sortie.	Morte deux mois après.	
F. 43 ans.	à 40 ans.	Fibrosarcome sur l'alvéole déshabillée de la 1 ^{re} grosse molaire droite.	Abrasion large au thermo-cautère. — Extraction de la dent de sagesse. Lésure hémorragie.	Douleur à déglutition et gonflement disparaissent.	Guérison.	Guérison durable après 4 ans.
F. 21 ans.	à 20 ans 1/2.	Sarc. géantocellulaire (myélopaxes) allant de canine gauche à 1 ^{re} petite molaire.	Abrasion de la tumeur avec le rebord alvéolaire. Pacquelin.	Bonnes; la malade s'en va d'elle-même.		Récidive locale après 2 ans. Résection plus complète. Restée guérie après 2 ans.
F. 43 ans.	à 41 ans 1/2.	Fibrosarcome avec myélopaxes, sessile au milieu du rebord alvéolaire entre les 2 incisives.	Ablation à la pince à os. Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 3 ans.
F. 37 ans.	à 35 ans.	Fibrome du rebord alvéolaire de ligne médiane à 1 ^{re} molaire.	Extirpation de tumeur et résection du bord alvéolaire au couteau à os. — Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 9 ans
H. 37 ans.	à 37 ans.	B. Maxillaire inférieur. Epulis à forme : Fibrosarcome sessile sur face externe gauche.	Ablation simple au thermo-cautère.	Bonnes.	Guérison.	Récidive locale après 4 ans. Opérée à nouveau incomplètement, 2 ^e récidive 1 an après. Perdue de vue.

OBSERVATIONS LXV à LXXXVIII (suite)
In Melleville Wassermann, Heidelberg 1887 (traduit de l'allemand)

TABLEAU RÉCAPITULATIF, RÉSUMÉ

AGE ET SEXE	DÉBUT DE LA MALADIE	NATURE ET SIÈGE DE LA TUMEUR	NATURE DE L'OPÉRATION	SUITES OPÉRATOIRES	ÉVOLUTION ULTÉRIEURE	REMARQUES
F. 45 ans.	?	Sarcome à myélo- plaxes, proliférant autour des 3 incisives de 1 ^{re} grosse molaire.	Ablation large avec la pince à os. Cautérisation.	Bonnes.	Guerison.	Guerison durable après 6 ans.
H. 15 ans.	à 14 ans 1/2.	Epulis? sessile en- tre les 2 incisives médianes.	Ablation large. Cautéri- sation.	Bonnes.	Guerison.	Le malade donne pour cause, un choc reçu; guérison durable après 6 ans.
F. 34 ans.	à 32 ans.	Sarcome, fusocel- lulaire au niveau des 2 grosses molaires droites.	Extraction des 2 molaires qui entraînent la tumeur. Pacquelin.	Bonnes.	S'en va guérie	Pas revu.
H. 13 ans.	à 8 ans.	Sarcome à myélo- plaxes, allant de li- gnemédiane au mas- séter à droite sur le bord alvéolaire.	Incision verticale de 6 c. partant de commissure buc- cale: renversement du lam- beau. — Extraction des in- cisives de ce côté. — Ex- traction de la tumeur et du bord alvéolaire à la gouge et au maillet. Il existe un pont osseux qu'on a évité de faire sauter.	Bonnes.	Guerison.	Récidive antérieure- ment peu de temps après opération; 2 ^e réci- dive; après 5 ans, 3 ^e ré- cidive. C'est à cette 3 ^e ré- cidive qu'on a fait l'opé- ration ici décrite; guéri- son durable.
F. 10 ans.	à 9 ans 1/2.	Sarcome à myélo- plaxes allant de ca- nine droite à la pré- molaire. <i>ganglion</i> <i>sous-maxillaire</i> .	Extirpation du ganglion. Extraction de la canine et des deux petites molaires. Ablation de la tumeur: — Pacquelin.	Bonnes.	Guerison.	Récidive après 1 an. On opère alors et on ré- sèque le bord alvéolaire correspondant avec la pince de Lühr, guérison durable.

F. 28 ans	à 27 ans 1/2	Sarcome à myéloplaxes allant de la canine gauche en haut, au bord inférieur, et externe du maxillaire.	Incision horizontale sur le maxillaire inférieur ; à la scie et la gouge, ablation de 5 c. 1/2 du corps du maxillaire. Pacquelin.	Bourgeoisement de la plaie mastication bonne. Ouverture normale de la bouche.	Guérison.	Guérison durable après 4 ans.
F. 12 ans	à 11 ans 1/2	Sarcome à myéloplaxes au niveau de canine et prémolaire gauche, envahissant le plancher buccal.	Extraction d'incisive, de canine et de prémolaire gauches. Abrasion du rebord alvéolaire avec la pince à os Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 4 ans.
F. 56 ans	à 55 ans	Sarcome à myéloplaxes sur la ligne médiane.	Extraction de 3 incisives. Extirpation de l'épulis et d'un peu du rebord alvéolaire.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 3 ans. La malade avait déjà été opérée, mais incomplètement ; donc récidive.
H. 19 ans	à 17 ans	Fibrosarcome allant d'incisive droite à canine gauche. — Ganglion pris.	Extraction des racines, enlèvement de l'épulis avec la pince à os. Pacquelin. Extirpation du ganglion.	Bonnes.	Guérison.	Pas de renseignements ultérieurs.
F. 45 ans	à 45 ans	S. gigantomélocellulaire à myéloplaxes, au niveau de 2 petites molaires et de 1 ^{re} grosse molaire gauche.	Extraction des racines et de 1 ^{re} grosse molaire. Ablation de la tumeur et du bord alvéolaire. Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Guérison durable après 2 ans. Avait déjà été antérieurement opéré il y a 1 an, incomplètement ; d'où récidive.
H. 45 ans	à 43 ans 1/2	S. fusocellulaire et à myéloplaxes à droite.	Extraction de 1 ^{re} molaire. Ablation large avec le rebord alvéolaire. Pacquelin.	Bonnes.	Guérison.	Pas de renseignements ultérieurs.
H. 38 ans	à 34 ans	Fibrome ossifiant du rebord alvéolaire dans sa p. moyenne et du corps du maxillaire.	Extirpation large à la gouge et au maillet comprenant une partie du corps du maxillaire ; il reste 2 c. de bord alvéolaire.	Bonnes.	Guérison.	Récidive après 3 mois. Un ganglion venu à dr. ablation du ganglion et du bord alvéolaire subsistant, gardé 6 mois, guérison durable après 4 ans.

OBSERV. LXXXVIII à CXXXIV (in Billroth. chirurg. Klinik, 1876)

Résumé, traduit de l'allemand, de 46 observations d'épulis opérées :

1^{er} cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez un garçon ; le début de la tumeur remonte à l'âge de 5 ans : ablation à la curette tranchante et résection alvéolaire avec la pince à os.

2^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez un jeune garçon : l'enfant est porteur de sa tumeur depuis l'âge de 9 ans : ablation à la curette tranchante et résection alvéolaire avec la pince à os.

3^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez un garçon de 10 ans ; l'enfant est porteur de la tumeur depuis quelques mois ; ablation à la curette tranchante et résection alvéolaire avec la pince à os.

4^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez une jeune fille porteur de la tumeur depuis l'âge de 14 ans ; ablation à la curette tranchante et résection alvéolaire avec la pince à os.

5^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez une jeune fille porteur de sa tumeur depuis l'âge de 16 ans ; ablation de la tumeur à la curette tranchante et résection avec la pince à os.

6^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur, chez un homme qui porte cette tumeur depuis l'âge de 24 ans : ablation à la curette tranchante, résection alvéolaire par le même procédé.

7^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez une femme. Début de la tumeur à 30 ans. Ablation à la curette tranchante, résection alvéolaire par le procédé ordinaire.

8^e cas. — *Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur chez une femme qui a cette tumeur depuis l'âge de 44 ans. Ablation de la tumeur à la curette tranchante et résection du bord alvéolaire avec la pince à os.

Sur ces huit personnes, quatre ont donné des renseignements ultérieurs, il n'y avait pas récurrence après 1 an 1/4, 1 an 1/2, 2 ans, et 4 ans.

Suivent 7 cas d'*Epulis sarcomateuse* du maxillaire inférieur (2 chez des hommes, 5 chez des femmes ; tumeurs naissant respectivement dans la 14^e, 15^e, 21^e, 40^e, 44^e années. Ablation de la tumeur et résection de la partie du processus alvéolaire sur lequel est implantée la tumeur. Il y aurait eu certitude de récurrence pour 4 malades après 2 ans, 2 ans 1/2, 3 ans et 3 ans 1/2.

Dans une seconde série ultérieure, suivent :

1° 15 cas d'*Epulis sarcomateuse* du maxillaire supérieur (5 masculins 7 féminins, 3 sans indication de sexe), pour lesquels on a fait, avec l'ablation de la tumeur, la résection partielle du rebord alvéolaire. 5 malades ont donné de leurs nouvelles et n'avaient pas de récurrence après 15 mois, 1 an 1/2, 2 ans, 4 ans et 8 ans.

2° 16 cas d'*Epulis sarcomateuse* du maxillaire inférieur (6 masculins et 10 féminins) opérées toutes par le procédé ordinaire déjà indiqué. 4 malades ont donné de leurs nouvelles et n'avaient pas de récurrence après 2 ans, 2 ans 1/2, 3 ans et 3 ans 1/2.

CONCLUSIONS

I. — Les épulis ne comprennent pas seulement les tumeurs fibromateuses et sarcomateuses du rebord alvéolaire.

Les épulis à constitution de fibrome pur sont une rareté et, à part quelques cas, rares aussi, de tumeurs épulidiennes sarcomateuses à variété histologique unique, on ne retrouve pour ainsi dire jamais d'épulis formées par un seul tissu.

II. — On peut en revanche rencontrer de nombreuses variétés où les divers tissus conjonctifs se mêlent (myxosarcome, ostéochondrome, ostéofibrome, ostéofibrosarcome, ostéosarcome, chondrosarcome, etc). On a même quelquefois affaire à des tumeurs de tissu conjonctif avec adjonction de tissu épithélial (deux observations recueillies).

C'est ce qui nous a permis de diviser les épulis en deux classes :

Épulis simples, conjonctives,
Épulis mixtes, épithélio-conjonctives.

La pathogénie et l'histogénie des épulis n'est pas encore élucidée.

Certains auteurs admettent la thèse microbienne : mais, à vrai dire, ce n'est là encore presque qu'une hypothèse (bacille décrit, mais observé insuffisamment) que l'expérimentation n'a pas encore confirmé.

IV. — Les symptômes sont loin d'indiquer toujours si l'on a affaire à une forme à prédominance fibromateuse ou sarcomateuse, si bien que, le plus souvent, le diagnostic de la variété ne peut se faire qu'après examen histologique.

V. — Étant donnée la complexité même de constitution des épulis, la récurrence après ablation simple est toujours à craindre, la prédominance de tel ou tel tissu pouvant transformer la tumeur bénigne qu'était l'épulis, en une tumeur maligne.

VI. — Si bien que le traitement *dans tous les cas* doit être *radical*; excision de la tumeur avec extraction des dents voisines et résection *large* du rebord alvéolaire correspondant.

Vu : *Le Doyen*,
P. BROUARDEL.

Vu : *Le Président*,
T. TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Albarran.** — 86, Journal des connaissances médicales et Bulletins de la Société Anatomique. Epulis.
- Ambroise Paré.** — OEuvres complètes.
- Billroth.** — Chirurg. Klinik 1896.
- Broca.** — In traité de Chirurgie Duplay Reclus. Tome V.
- Boyer.** — Traité des maladies chirurgicales.
- Bastide.** — Thèse de doctorat, Paris, 1897.
- Bryant.** — 'Guys' hosp. up London 1870, T. XV.
- Chibret.** — Archives de médecine expérimentale. Mars 1894.
- Combes.** — 1894. Epulis.
- Clisson.** — Tumeurs à myélopaxes. Thèse de doctorat, Paris, 1883.
- Deroubaix.** — In Presse médicale belge. Bruxelles, 1875. T. XXIII.
- Duret.** — In Gazette des hôpitaux de Toulouse, 1892. Epulis.
- Désir de Fortunet.** — Notes sur quelques cas de tumeurs des gencives. Revue de Chirurgie, Paris 1887. T. VIII, page 786 et suiv.
- Dictionnaire Littré.**
- Eulenburg.** — Real encyklopäd. T. 5, page 37.
- Frey.** — Revue de Stomatologie 1894. Epulis.
- Friteau.** — Gazette médicale 1897.
- Forget.** — Anomalies dentaires.
- Gœury.** — Des tumeurs solides du bord alvéolaire. 1880. Paris.
- Gore.** — Thèse de doctorat. Brit. med. journal London, 1884, T. I.
- Heurtaux.** — Gazette Médicale de Nantes, décembre 1890, et Archives de Médecine, 1891. 1 cas d'Epulis.
- Hulke.** — Lancet. London, 1882, T. I.
- Galippe.** — Communication à la Société de Stomatologie. Epulis.
- Gruet.** — Contrib. à l'étude de l'Epulis (thèse doctorat. — Paris, 1900).
- Kirmisson.** — Manuel de Path. ext. T. IV, page 655 et suiv.
- Lourdan.** — Traités des maladies de la bouche.
- Léveillé.** — Nouvelle doctrine chirurgicale.
- Lediard.** — Transac. of the pathol. — Soc. of London, 1881, T. XXXIII.
- Lechaux.** — Thèse de doctorat. — Paris, 1899.
- Lücke.** — Pitha Billroth's Hand brich II S'.
- Malassez.** — Archives de physiologie, 1885.
- Malassez et Monod.** — Archives de physiologie, 1878, T. V.
- Marié et Heidé.** — L'Epulis.
- Magitot.** — In Dictionnaire des Sciences médicales. — Article maxillaire.

LEZLE — IMPRIMERIE LE BIGOT FRÈRES.
